Rok I, Seria II, Kraków Nr 1 (1 lipca 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja: Kraków, Krupnicza 11 a Tel. 543-16

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie

Redaktor odpowiedzialny: dr J. Hozer

Rok I Seria II Kraków

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Lekarzy P. P., Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia. Organ publikacyjny Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11a m. 11
Tel. 543-16
Konto P. K. O. Nr IV-310

SPIS RZECZY

II PÓŁROCZE 1945

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie

Odpowiedzialny redaktor: dr Jan Hozer

SPIS RZECZY

Uwaga w sprawie numeracji stronic:

Numerację bieżącą stronic Nru 2/945 należy sprostować, oznaczając str. 1-szą cyfrą 21, str. 2-gą cyfrą 22 itd. Nr 3—4 rozpoczynający się str. 45 i dalsze numery posiadają już numerację bieżącą prawidłową.

Spis autorów

Artykuły oryginalne, wykłady kliniczne, felietony

str.

Medycyna społeczna

Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Karola Kiecia — M-10808

Rok I, Seria II Kraków Nr 1 (1 lipca 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja: Kraków, Krupnicza 11a Tel. 543-16

Komitet Redakcyjny: przew. prof. dr J. Kostrzewski, Czł.: prof. dr St. Ciechanowski, dr J. K. Gołąb, dr J. Hozer. prof. dr M. Rutkowski, prof. dr Fr. Walter — Kraków, doc. dr Z. Przesmycki — Łódź

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie

Redaktor odpowiedzialny: Dr J. Hozer

Zamordowanym i zmarłym swym Członkom honorowym, Członkom zwyczajnym i Kolegom lekarzom, którzy swe życie złożyli w ofierze DLA OJCZYZNY

składa wyrazy czci i hołdu pośmiertnego

KRAKOWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE

CZŁONKOM ZARZĄDU

Prof. U. J. Drowi Marianowi Gieszczykiewiczowi
Stałemu sekretarzowi

zamordowanemu zbrodniczą ręką germańskiego najeźdźcy

Drowi Rafałowi Spirze
Bibliotekarzowi poległemu w czasie działań wojennych

Drowi Adamowi Ackermanowi
długoletniemu Skarbnikowi

składa wyrazy czci i pośmiertnego hołdu

POZOSTAŁY ZARZĄD
KRAKOWSKIEGO TOW. LEKARSKIEGO

Stary, przed wiekiem prawie (1862) założony „*Przegląd Lekarski*“, teraz pierwszy wskrzesza czasopiśmiennictwo lekarskie polskie, zamarłe przez lat kilka.

Cóż nakłada na „Przegląd“ ten niezaprzeczalny, święty obowiązek, co nadaje mu to zaszczytne prawo, by pierwszy rozpoczynla nową, nigdy jeszcze niebywałą erę rodzimego lekarskiego czasopiśmiennictwa?

To nie tylko jego długowieczność i przetrwanie do lat ostatnich, ustępujące jedynie „Pamiętnikowi Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“. To nie tylko największa jego przez czas długi poczytność ze wszystkich czasopism lekarskich polskich, ale to przede wszystkim nieprzerwana wierna służba tym samym hasłom, które głosił od początku swego bytu, hasłom nawskróś nowoczesnym, które teraz zwiększyły nawet swoją wagę, odziane nowymi nazwami medycyny zapobiegawczej i higieny społecznej.

Znakomici mężowie, którzy byli właściwymi założycielami „Przeglądu“, Józef Dietl i Józef Majer, i ich następcy, już w pierwszych zeszytach tego czasopisma silnie podkreślali, że ma ono służyć nie tylko rodzimym badaniom naukowym, nie tylko zaznajamiać lekarzy z postępami medycyny zagranicznej i ruchem lekarskim w kraju, nie tylko podnosić poziom lecznictwa indywidualnego, ale też ma służyć interesom zdrowia jaknajszerszych sfer społeczeństwa. Obok tego miał „Przegląd“ strzedz godności zawodu lekarskiego i rzeczywiście był czas, że zabierał on głos we wszelkich sprawach obchodzących lekarzy lub przez nich podejmowanych, nie cofając się nieraz przed ostrym, ale zawsze bezstronnym osądem spraw drażliwych, a podnosząc z uznaniem każde poczynanie dodatnie. To też liczono się bardzo z opinią „Przeglądu“ i podlegano jej wpływowi.

Może jednak najważniejsze, że „Przegląd“ starał się od początku być i prawie zawsze był czasopismem dla całej Polski, usiłując zjednoczyć pracę wszystkich lekarzy Polaków bez rozpraszania sił, a zbierając ją do wspólnego ogniska nawet wtedy, kiedy kordony zaborcze rozdarły kraj i zagrażały wytworzeniem się odrębnych, niejako dzielnicowych typów Polaków. To skupianie sił nie było łatwe, ale jednak po wojnie z lat 1914—1918 doprowadziło do stworzenia jednego wspólnego ogólno-polskiego tygodnika lekarskiego. By do tego doprowadzić, zrzekł się „Przegląd“ wtedy swej siedziby na rzecz kresowego Lwowa i nawet nazwę swą podporządkował nazwie „Warszawskiej Gazety Lekarskiej“ i stawiając na pierwszym miejscu nazwę „Polskiej Gazety Lekarskiej“.

Odżywa dziś „Przegląd Lekarski“ pod swoją pierwotną nazwą i w pierwotnej siedzibie, łącząc najpiękniejsze swoje tradycje z najnowszymi hasłami postępu. Niechże w tym nowym okresie swego bytu przyłoży się do tego postępu w pełnej mierze, ale zarazem niechajże będzie i nadal skarbnicą owoców pracy naukowej polskiej, przewodnikiem ogółu lekarzy-praktyków i niezależnym a bezstronnym sędzią wszelkich w świecie lekarskim poczynań. Do czego mieć będzie prawo zawsze, dopóki redakcja „Przeglądu“ pozostanie, jak dotąd, zaszczytnym, wybieralnym urzędem honorowym.

St. Ciechanowski

ST. NOWICKI

HISTAMINA W LECZENIU ZWĘŻEŃ TĘTNIC NA KOŃCZYNACH

Z oddz. chirurg. Państw. Szpitala św. Łazarza w Krakowie

Prowadząc systematycznie badania kliniczne i pracowniane zaburzeń naczyniowych w r. 1938 w oddziale chirurgicznym Szpitala św. Łazarza w Krakowie, stosowaliśmy między innymi śródskórny odczyn histaminowy. W przypadku choroby Raynauda wstrzyknięto raz prawdopodobnie nieco głębiej i większą niż zwykle dawkę histaminy. W kilka minut po zastrzyku wybitnie zaczerwieniała skóra na całej kończynie. Na drugi dzień chora zauważyła sama wyraźną ulgę w swych dolegliwościach. To spostrzeżenie skłoniło mnie aby rozpocząć leczenie zwężenia tętnic histaminą. Dotąd leczyłem w ten sposób 55 chorych.

Wpływ histaminy na krążenie obwodowe

Histamina jest to β-imidazoloetylamin, który znajduje się w sporyszu i rozmaitych tkankach ludzkich i zwierzęcych. Związek ten można uzyskać syntetycznie. Jest łatwo rozpuszczalny w wodzie i nie rozkłada się podczas wyjaławiania. Jałowe roztwory trzymają się bez zmian dowolnie długo w pokojowej ciepłocie.

Histamina, jak stwierdzili w doświadczeniu Dale i Richards, działa zwężająco na tętnice i żyły, a rozszerza drobne tętniczki i włośniczki, zwłaszcza w mięśniach. Te właściwości histaminy są niezależne od nerwów naczynioruchowych. Udowodniono bowiem, że histamina rozszerza drobne naczynia na kończynie także po przecięciu wszystkich nerwów, więc po zupełnym wyłączeniu układu współczulnego. Grant zauważył, że pod działaniem histaminy rozszerzają się przede wszystkim połączenia tętniczożylne. Dla oświetlenia naszych zagadnień mogą przyczynić się doświadczenia Hemingway'a i Macdonalda, wskazujące, że zakwaszenie tkanek upośledza wpływ histaminy na rozszerzanie naczyń. Ważne też są badania dowodzące, że histamina i adrenalina działają przeciwniczo na małe naczynia. Dale zwrócił jednak uwagę, że histamina może także pobudzić wydzielanie adrenaliny z nadnerczy. W tym kierunku prowadził również badania Szczygielski.

O ile badania doświadczalne nad działaniem histaminy są bardzo rozległe i wszechstronne, to piśmiennictwo o jej wpływie na układ krążenia obwodowego u człowieka jest dość skąpe. Moje spostrzeżenia opierają się na objawach klinicznych. Histamina wstrzyknięta podskórnie w ilości 0,5—1 mg wywołuje po paru minutach żywe zaczerwienienie skóry w okolicy wstrzyknięcia i podwyższenie ciepłoty skórnej o 1^0—3^0. Zwykle i prawie równocześnie zjawiają się odczyny oddalone, jak zaróżowienie policzków i szyi, więc w okolicach z najmniejszym napięciem włośniczek. Po dawkach ponad 1 mg wy-

stępuje kołatanie serca, obniżenie ciśnienia krwi, wzmożone wydzielanie soku żołądkowego.

Harmer i Harris stwierdzili, że po wstrzyknięciu histaminy rozszerzają się w skórze człowieka najmniejsze tętniczki a równocześnie zwężają się żyły podskórne. Inni badacze opisują rozszerzanie tętniczek, małych żył oraz włośniczek, czemu towarzyszy zwiększona przepuszczalność naczyń: Wedle Lewisa histamina jest wydzielana stale przez tkanki i reguluje krążenie śródtkankowe, kierując krew w te miejsca, gdzie przemiana materii jest najżywsza.

Układ naczyniowy na kończynach może stwarzać szczególniejsze warunki dla działania histaminy. W obrębie stopy i ręki znajdują się bezpośrednie połączenia między tętniczkami, a żyłkami, co pozwala na swobodny przepływ krwi między nimi. Te tzw. połączenia tętniczo-żylne, widziane jeszcze gołym okiem i opisane przez Hoyera, są zaopatrzone obficie we włókna mięsne i sploty nerwowe. Histamina otwiera owe połączenia i w ten sposób ułatwia oraz przyspiesza krążenie krwi na obwodzie kończyn. W razie zwężenia większych tętnic mogą przy pomocy histaminy wydatniej działać małe tętniczki i poprawiać odżywienie tkanek. Jakkolwiek nad krążeniem krwi panuje układ współczulny, to jednak histamina może rozszerzać naczynia bez jego pośrednictwa. Zwłaszcza odżywienie mięśni kierowane jest głównie przez miejscowe odczyny chemiczne, więc dość niezależne od nerwów naczynioruchowych. Nie wiadomo dotąd jak wydzielają histaminę tkanki w terenach gdzie ukrwienie i odżywienie jest podupadłe. Przypuszczam na podstawie swych spostrzeżeń, że znajduje się tam za mało histaminy, bo wprowadzona podskórnie lub domięśniowo wyraźnie pobudza krążenie.

Histamina według badań doświadczalnych podnieca włośniczki do rozrostu. Mniemam, że podawana wielokrotnie może podtrzymać to działanie przez czas dłuższy i przyczynić się do stworzenia gęstszej sieci nowowytworzonych włośniczek. Rozszerzając je przy dalszych częstych wstrzykiwaniach może histamina trwale poprawić ukrwienie zagrożonych w odżywieniu tkanek. Odnosi się to głównie do unaczynienia mięśni. Sądzę, że okresowe wstrzykiwania histaminy mogą też pomyślnie wpływać na przemianę chemiczną śródtkankową w okręgu swego działania i nastawiać właściwie krążenie oboczne. W ten sposób można tłumaczyć korzystny i długotrwały wpływ histaminy w zwężeniach tętnic. Na to wskazywałyby też sekcje kończyn chorych leczonych uprzednio histaminą z powodu zwężającego zapalenia tętnic, bo w obrębie mięśni łydki były gąbczaste zbiorniki krwi, co zmieniało zupełnie zwykły, blady i suchy wygląd mięśni w tej chorobie.

Małe dawki histaminy do 1 mg, wstrzykiwane podskórnie lub domięśniowo, nie wywołują szkodliwych następstw. Także wielokrotne wstrzykiwania nie są niebezpieczne. Ogólne odczyny po zastrzyku są wybitniejsze u ludzi starszych, niż młodszych. Nie wzbudza też niepokoju spadek ciśnienia krwi, który może szybko wystąpić. Ciśnienie może obniżyć się o 20 mm Hg, lecz za pół godziny wraca do pierwotnego poziomu. W przypadkach nadciśnienia obniża się parcie krwi wolniej, niż u ludzi zdrowych. U osób z miażdżycą naczyń mózgowych pojawiają się czasem zawroty i uczucie ucisku w głowie, co może utrzymywać się przez parę godzin. Niebezpieczne objawy ze strony serca i silne bóle głowy występują po dożylnych wstrzykiwaniach histaminy.

Zarówno miejscowe jak i ogólne odczyny po podskórnych wstrzykiwaniach histaminy są do pewnego stopnia osobnicze. ale mogą też zależeć od rodzaju preparatu. Zazwyczaj występują wyraźnie po wstrzyknięciu 0,5 mg. Kilkakrotne wstrzykiwanie nie wzmaga odczynów, ale raczej osłabia je stopniowo. Goddam podaje, że po wstrzykiwaniach histaminy podnosi się we krwi liczba ciałek czerwonych, wzmaga się cukier, a zmniejsza się ilość chlorków.

Wskazania

Probierzem korzystnego działania histaminy jest nieraz pierwszy zastrzyk. Znaczne zaczerwienienie i ocieplenie kończyny oraz wyraźne pałanie twarzy wywołane przez małe dawki zapowiadają pomyślny wynik. Oporność na te odczyny i konieczność szybkiego podwyższania dawek rokuje gorzej, ale nie zawsze beznadziejnie o tym postępowaniu. We wszystkich postaciach zwężeń, kiedy nastaje gwałtowne pogorszenie choroby, nie jest wskazane od razu stosować histaminę. Należy zaczekać kilka dni aż poniekąd wyrówna się i ustali się ostre zaburzenie krążenia i wtedy można rozpocząć leczenie histaminą.

Pierwsze moje spostrzeżenia odnosiły się do przypadku choroby Raynaud'a. Po kilku wstrzykiwaniach ataki kurczów tętniczych ustąpiły zupełnie. Widząc ten niezwykle szybki powrót do prawidłowego krążenia, sądziłem, że należy dobierać do leczenia histaminą te zaburzenia naczyniowe, w których odkryjemy popudliwość kurczową tętnic jako główny czynnik chorobowy. W tym kierunku były nawet nastawione nasze badania przez parę miesięcy, aż okazało się, że ujęcie to nie jest słuszne. Przypuszczam, że histamina w przypadku choroby Raynaud'a nie zadziałała na same kurczące się naczynia, ale raczej zmieniła miejscowe odczyny chemiczne, co kierują małymi naczyniami na obwodzie. W ten sposób można wyjaśnić zjawisko, że pod wpływem histaminy naczynia utraciły na czas dłuższy swą nadmierną pobudliwość na zimno, wywołujące w nich kurcze. Jakkolwiek nie miałem sposobności leczyć innych chorych, to przebieg tego przypadku rokuje zachęcająco o dalszych. Natomiast u innej chorej z daleko posuniętymi owrzodzeniami wszystkich palców rąk nie skutkowały pierwsze wstrzykiwania histaminy, a chora nie chciała się poddać dłuższemu leczeniu. Na podstawie innych doświadczeń nie należy wiele spodziewać się po leczeniu histaminą w chorobie Raynaud'a, kiedy zmiany martwicze szybko się szerzą. W tych okolicznościach większe nadzieje budzi wycięcie zwojów współczulnych.

Zwężające zapalenie tętnic jest chorobą trwającą długo, nieraz latami u ludzi młodszych i rozwijającą się zazwyczaj wolno a tylko wyjątkowo gwałtownie. Początkowo, nawet gdy większe pnie tętnicze są zwężone, krążenie oboczne dostarcza dostatecznej ilości krwi kończynie i chory nie odczuwa przykrych dolegliwości. Badając układ naczyniowy na kończynach, kiedy chory podaje niezbyt określone objawy, nieraz odkrywa się zwężenie tętnic jako przyczynę przypadłości. Zwykle też odnajduje się zmiany

w przepuszczalności i napięciu tętna na innych kończynach, gdy jedna z nich objęta jest wybitnymi zaburzeniami w krążeniu. Te przypadki z nieznacznymi objawami klinicznymi powinny być leczone starannie, aby nie dopuścić do poważniejszego upośledzenia w odżywianiu kończyny. Okresowe wstrzykiwania histaminy spełniają to zadanie.

Leczenie zwężającego zapalenia tętnic rozpoczyna się zwykle gdy sprawa posunęła się dość daleko, objęła rozległą sieć naczyń i spowodowała wyraźne niedokrwienie kończyny. Wówczas pojawia się chromanie przystankowe, bóle lub drętwienie o rozmaitym charakterze. W przypadkach tych nie zawsze można ocenić wydolność krążenia obocznego, bo i próbne znieczulenie zwojów współczulnych lędźwiowych nie określa ściśle czynności najdrobniejszych naczyń, które są niezależne od układu współczulnego. Dopiero początkowe wstrzykiwania histaminy wskazują równocześnie jakie jest rokowanie co do przebiegu choroby i jakie są możliwości lecznicze.

Gdy objawy w zwężającym zapaleniu tętnic postępują szybko i jeżeli bóle nasilają się gwałtownie, należy rozpocząć leczenie od małych dawek histaminy, a równocześnie uspokajać chorego narkotykami. W tych okolicznościach nie jest wskazane szybkie rozszerzanie tętnic i przyspieszanie krążenia krwi w naczyniach, gdzie tworzą się i przesuwają skrzepy. Można bowiem pogorszyć istniejące krążenie w czynnych jeszcze naczyniach. W burzliwym okresie i odczyny chemiczne w tkankach ulegają odchyleniom i to raczej zakwaszeniu, co nie sprzyja działaniu histaminy. Ostrożne podawanie histaminy może wszakże wpłynąć korzystnie na przebieg choroby, a nawet zatrzymać jej postęp. Jeżeli chory nie odczuwa polepszenia po 2-tygodniowym leczeniu, pożądane jest dołączyć wstrzykiwania 2—5% roztworu soli kuchennej co drugi dzień od 150 ccm do 300 ccm. To połączone leczenie winno w następnych dwu tygodniach złagodzić cierpienia chorego i poprawić stan miejscowy kończyny. W razie niepomyślnego wyniku jest wskazane wycięcie zwojów współczulnych. Wobec wspomnianych możliwości leczniczych nie wydaje się słuszne, aby w tych okresach choroby amputacja była uzasadnionym postępowaniem.

Znacznie dłuższe i uciążliwsze jest leczenie chorych, u których pojawiła się zgorzel kończyny. Jest ona następstwem gwałtownego zaczopowania tętnic skrzepami lub wynikiem daleko posuniętych zaburzeń w krążeniu. Wyjątkowo są nagle zaczopowane większe tętnice. Częstsze są zatory w mniejszych tętniczkach, zwłaszcza palców, co wywołuje zgorzel ich opuszek. W tych przypadkach histamina może przyczynić się do lepszego ukrwienia sąsiednich obszarów i szybszego, samoistnego oddzielenia się obumarłych części i złagodzenia bólów. Przeciw bólom działa też korzystnie obstrzykiwanie granicy zgorzeli rozczynem 0,1 acetylocholiny na 5 ccm, 1% nowokainy, zalecone przez Ratschowa.

Zwolna posuwająca się zgorzel palców dowodzi postępujących zaburzeń w krążeniu, ale nie zmusza doraźnie do chirurgicznych zabiegów. W zwężającym zapaleniu tętnic sucha postać zgorzeli przebiega burzliwiej, ale zapowiada korzystniejsze rozwiązanie niż wilgotna. Histamina w małych dawkach łagodzi bóle i zdaje się wpływać pobudzająco na odgraniczanie martwych tkanek.

Jeżeli zmiany martwicze pojawiają się u podstawy palców i przesuwają się na stopę, wtedy leczenie histaminą jest bardzo wątpliwe. Zasięg zaburzeń odżywczych w tkankach jest już zbyt rozległy, a zawodzi krążenie oboczne na obwodzie. Te zmiany w obrazie klinicznym objawiają się zwykle jako zgorzel wilgotna. Skłaniają one raczej do szybkiego zabiegu na zwojach współczulnych, niż jakiegokolwiek leczenia zachowawczego. Gwałtowne szerzenie się zakażenia i ogólny upadek sił chorego w zwężającym zapaleniu tętnic zmusza niestety do odjęcia kończyny.

W miażdżycowych zwężeniach tętnic ograniczają się zmiany anatomiczne do samych ścian tętnic, a nie przechodzą na sąsiednie żyły i nerwy, jak to bywa w zwężającym zapaleniu tętnic ludzi młodszych. Małe tętniczki na kończynach, o wielkim znaczeniu dla krążenia obwodowego, są więcej chronione przed zmianami miażdżycowymi. Te okoliczności sprzyjają działaniu histaminy. Być może, że dalej posunięte zwężenia miażdżycowe nie podlegają wybitniejszym wpływom wydzielania wewnętrznego, bo zwykle nie obejmują rozległych odcinków układu naczyniowego. Może i z tego powodu histamina nie spotyka się z czynnym przeciwdziałaniem innych ciał chemicznych. Na ogół histamina działa korzystnie i szybko na objawy miażdżycowych zwężeń. Histamina nie może mieć oczywiście wpływu na przebieg nagle powstającej i rozległej zgorzeli kończyny, połączonej często z postępującym zakażeniem, jak się to zdarza w sprawach miażdżycowych. Wówczas tylko wysokie odjęcie w obrębie uda może ratować życie chorego.

Zaburzenia naczyniowe w związku z cukrzycą wywołują martwicę tkanek, która zwykle rozwija się i szerzy w szybkim tempie. Niejakie trudności w leczeniu powstają już dlatego, że nieodzowna u tych chorych insulina zwęża i tak niewydolne tętnice. Jeżeli zgorzel nie jest zbyt rozległa, wskazane jest stosować histaminę w średnich dawkach przez czas dłuższy. Działanie jej nie jest doraźne, ale i w poważnych przypadkach może mieć znaczenie. Wskazuje na to przebieg jednego z naszych przypadków, gdzie na podstawie dotychczasowych doświadczeń było bezsporne wskazanie do amputacji na udzie. Chora nie zgodziła się na zabieg i była nadal leczona histaminą. Postępująca sprawa ropna zatrzymała się, ropnie parokrotnie nacinano i ostatecznie po roku utraciwszy połowę stopy, chora wygojona chodziła dość dobrze.

Histamina nie może działać skutecznie w obszarach w których naczynia zostały uszkodzone do tego stopnia, że nie doprowadzają na obwód kończyny odpowiedniej ilości krwi do połączeń tętniczo-żylnych i włośniczek. Nie ma dotąd dość dokładnych sposobów badania, któreby wskazały z góry te niedostępne dla leczenia przypadki. Ale i w wątpliwych wskazaniach, zachowując w dawkowaniu ostrożność, można próbować leczenia histaminą co pozbawione jest wszelkich niebezpieczeństw.

Sposób leczenia histaminą

Leczenie poprzedzają szczegółowe próby czynnościowe krążenia obwodowego. Do nich należy porównawcza oscylometrja i pomiary ciepłoty skórnej

na kończynie. W niektórych przypadkach stosowaliśmy też bezpośrednie lub pośrednie sposoby ogrzewania i oziębiania kończyn zalecone przez Lewisa, co daje pogląd na rozszerzalność naczyń kończyn. Także znieczulenie lędźwiowe pozwala czasem rozpoznać w jakim stopniu kurcz tętnic przyczynia się do zaburzeń naczyniowych. Często przeprowadzaliśmy znieczulenie zwojów lędźwiowych co poniekąd wskazuje jak wpływa układ współczulny na krążenie obwodowe. Badania te służą też do porównawczej oceny leczenia. Nie stosowałem arteriografii, która wprawdzie daje obraz drożności tętnic, ale nie objaśnia, jak zachowuje się krążenie na obwodzie kończyny.

Leczenie histaminą polega przede wszystkim na rozszerzaniu drobnych tętniczek i zespoleń tętniczożylnych i prawdopodobnie na pobudzieniu włośniczek do rozrostu. Także zmiany chemiczne śródtkankowe zachodzące pod wpływem histaminy mogą polepszyć warunki krążenia krwi. Aby uzyskać to działanie należy wstrzykiwać histaminę na kończynie, w pobliżu zagrożonego chorobą obszaru. Tylko bezpośrednie działanie na sąsiednie naczynia może rozwinąć i utrwalić krążenie oboczne. Histamina wstrzykiwana poza obrębem kończyn nie może odpowiednio zadziałać na drobne naczynia. Z tych względów wstrzykuje się histaminę w połowie długości goleni lub przedramienia. W ciągu leczenia, jeśli pragniemy silniej zadziałać na krążenie obwodowe, wstrzykuje się histaminę coraz bliżej stopy lub ręki. Wstrzykiwania odbywają się podskórnie, bo domięśniowe dają mierne i niepewne w ocenie odczyny.

Stosuje się słabe rozcieńczenie histaminy a mianowicie 1:1000. Roztwór może być przygotowany z preparatu sproszkowanego albo używa się gotowych ampułek wyrabianych przez firmę Wende w Warszawie lub „Imido" Roche'a, zawierających 1 mg histaminy w 1 ccm. Rozpoczyna się zastrzykiem 0,2 lub 0,3 ccm tegoż roztworu i spostrzega się kiedy i w jakim natężeniu występują doraźne odczyny po wstrzyknięciu. Zwykle po 3—10 minutach zauważa się zróżowienie goleni względnie przedramienia. Odczyny na przedramieniu są szybsze i rozleglejsze. Zmiana barwy objawia się w około miejsca zastrzyku w średnicy kilku cm lub posuwa się plamowato na skórze i to raczej w kierunku obwodu. Równocześnie podwyższa się ciepłota skóry. W tym samym czasie lub nieco później okazuje się zazwyczaj zaczerwienienie oraz pałanie twarzy a nieraz też szyji. Kolejno chory odczuwa ocieplanie całej kończyny, a wyjątkowo uczuciu temu towarzyszą przemijające ukłucia lub narywania. Powolne, przyjemne rozgrzanie kończyny naczyń wskutek właściwej dawki histaminy. Większe bóle w kończynie wskazują na gwałtowne zmiany w krążeniu po wstrzyknięciu zbyt silnej dawki. Wtedy też może zjawić się przejściowe przyśpieszenie tętna, kołatanie serca i uderzenia krwi do głowy. Po kilku minutach zmniejsza się i stopniowo znika zaczerwienienie na twarzy i szyji. Dłużej utrzymuje się na kończynie; zwykle około pół godziny a wyjątkowo parę godzin w coraz słabszym natężeniu. Ocieplenie kończyny trwa niekiedy już po pierwszym wstrzyknięciu 12 godzin lub dłużej. Wtedy znika też sine zabarwienie palców spotykane w przypadkach posuniętych. Długotrwałe ocieplenie kończyny rokuje korzystnie o leczeniu histaminą.

Niekiedy po pierwszej dawce nie ma wyraźniejszego zaczerwienienia i ocieplenia kończyny. Zależy to od wyboru przetworów, które nie działają jednakowo, albo jest następstwem upośledzonej czynności naczyń. Wtedy na drugi dzień podwyższa się dawkę o 0,1 ccm, aż wystąpi pożądany odczyn, co stanowi podstawę do dalszego dawkowania.

Pierwsza dawka może też zadziałać zbyt silnie zarówno miejscowo, jak i ogólnie. Przykre bóle i ucisk w głowie, bicie serca wzywają do ostrożności. Wobec tego obniża się na następny dzień dawkę o 0,1 ccm, aż odczyny staną się umiarkowane. Takie przekroczenie dawki zdarza się częściej u ludzi starszych z miażdżycą tętnic.

Po wypośrodkowaniu dawki podstawowej dalsze leczenie nie nasuwa wątpliwości. Wstrzykuje się histaminę co drugi dzień więc z przerwą jednodniową bo zwykle odczyny ocieplania trwają ponad dobę. Dowodzi to, że obieg krwi działa sprawniej pod wpływem leczenia. Stopniowo przy każdym wstrzykiwaniu podwyższa się dawki o 0,1 ccm tak, że przy V wstrzykiwaniu dawka wynosi 0,8—1 ccm. Jeżeli leczenie przebiega korzystnie wtedy ocieplenie kończyny jest wyraźne, bo bóle zmniejszają się lub ustępują zupełnie. Wobec tych objawów polepszenia nie trzeba zwiększać dawki, gdyż przyjmuje się, że odczyny naczyniowe działają równomiernie. Wstrzykuje się więc nadal po 0,8—1 ccm. Po rozmaitych doświadczeniach doszedłem do przekonania, że w podatnych na leczenie przypadkach wystarcza przeciętnie X wstrzykiwań.

Jeżeli w ciągu leczenia zmniejszają się odczyny miejscowe i ogólne, a objawy chorobowe zachowują się opornie, należy każdorazowo podwyższać dawki o 0,1 ccm. Nigdy jednak nie przekroczyłem dawki wyżej 1,5 ccm. W tych razach gdy stale podnosi się dawki wskazane jest też zbliżać się ze zastrzykami ku stopie, ale nie na nią samą, aby skuteczniej zadziałać w najbardziej zagrożonych terenach. W takich wypadkach liczba wstrzykiwań sięgała XV.

Szczególnie ostrożnie dawkujemy histaminę, kiedy wystąpiła martwica tkanek. Wtedy nie należy w ogóle dopuszczać do silniejszych odczynów, a najlepiej zacząć leczenie od stężenia 1:10.000. Dawki nie przekraczają zazwyczaj 0,5 ccm. Jeśli w czasie leczenia bóle wzmagają się, należy przerwać wstrzykiwania.

Nieco inaczej stosuje się histaminę, kiedy zgorzel już nie postępuje i rozpoczyna się odgraniczać. Aby wpłynąć na szybsze oddzielenie obumarłych tkanek i pobudzić gojenie, wskazane jest dłuższe leczenie. Rozpoczyna się je małymi dawkami 0,3—0,4 ccm nie wywołując wybitniejszych odczynów miejscowych. Właściwą wskazówkę podaje sam chory, bo po odpowiedniej dawce doznaje ulgi w bólach. Dawki podwyższa się powoli, nie przy każdym wstrzykiwaniu, o 0,1 ccm. Doszedłszy do najwyższej dawki, przeciętnie 1 ccm przyjmuje się, że krążenie oraz przemiany chemiczne zostały dostatecznie pobudzone. Nagłe przerwanie leczenia może w tych wypadkach wpłynąć na ponowne pojawienie się lub zwiększenie się bólów. Dlatego stopniowo obniżamy dawki aż osiągnie się dawkę podstawową. Przy tym

postępowaniu wypada około XXV wstrzykiwań co drugi dzień. Ci chorzy odczuwają wyraźną ulgę po wstrzykiwaniach i niekiedy sami domagają się dalszych wstrzykiwań, jeżeli gojenie postępuje powoli.

W czasie leczenia chory powinien pozostawać w łóżku gdyż spoczynek i równomierne ciepło pomaga do wyrównania zaburzonego krążenia. Wtedy i mięśnie nie nadużywają na swe potrzeby skromnego zapasu krwi w kończynie. Od samego początku obowiązuje bezwzględny zakaz palenia tytoniu. Ze względu na konieczność codziennych spostrzeżeń co do przebiegu choroby i rozmaitych badań najstosowniej jest umieścić chorego w zakładzie leczniczym.

Po ukończeniu pierwszego leczenia chorzy winni zachować ograniczenie w ruchach i inne poprzednio wspomniane ostrożności. Pomocne może być umiarkowane leczenie fizyczne, jak krótkie fale zwłaszcza w zwężającym zapaleniu tętnic, a także w zmianach miażdżycowych. W opornych postaciach wyjątkowo uznawałem za wskazane dalsze wstrzykiwania hipertonicznego roztworu soli. Chorzy winni zgłaszać się co miesiąc do badania, ale nawet gdy objawy chorobowe uspokoiły się, wznawiałem leczenie histaminą po 3 miesiącach. Dalsze leczenie odbywało się co 6 miesięcy.

Wyniki

Spostrzeżenia moje co do leczenia histaminą opierają się na około 40 przypadkach leczonych w 1938—1939 r. w Oddziele chirurgicznym Szpitala św. Łazarza w Krakowie pozostającym wówczas pod moim kierownictwem i na 15 przypadkach leczonych w czasie wojny w Szpitalu Bonifratrów w Krakowie. Między leczonymi była niemal równa ilość chorych ze zwężającym zapaleniem tętnic i miażdżycowym zwężeniem tętnic, a tylko odosobnione przypadki innych chorób. Wśród zamieszania wojennego zaginęła większość przedwojennych historyj chorób opracowanych dokładnie pod względem klinicznym i pracownianym. Z tego powodu nie podaję szczegółowych zestawień liczbowych.

Nadzieje na wyleczenie wczesnych przypadków i na polepszenie postaci dalej posuniętych, byłyby mniej złudne, gdyby wspierały się o znaną etiologię choroby. Obecnie nie podobna osiągnąć więcej niż usunąć dotkliwe objawy choroby i zabezpieczyć krążenie oboczne. Pomyślne rozwiązanie tych zadań stanowi poważne powodzenie lecznicze. W tym zakresie mieści się również działanie histaminy.

Nie można jeszcze ustalić jak wpływa leczenie zapobiegawcze histaminą na powstrzymanie choroby względnie na jej wyleczenie we wczesnych okresach. Spostrzeżenia obejmują za krótki okres czasu, ale na ogół zapowiadają korzystne wyniki.

W dalej posuniętych sprawach ocena wyników leczenia jest łatwo uchwytna. W przypadkach bez martwicy tkanek sami chorzy dobrze osądzają korzystny zwrot w przebiegu choroby. Złagodzenie bólów może nastąpić nieraz po paru wstrzyknięciach. Jeżeli główne dolegliwości polegają na cierpnięciu lub mrowieniu palców, to objawy te ustępują wolniej. Wkrótce po rozpoczęciu leczenia pojawia się w kończynie błogie ocieplenie, które może trwać i całą dobę po wstrzyknięciu. Chorzy zasypiają bez pomocy środków nasennych. Chromanie przestankowe wymaga dłuższego leczenia, ale nieraz wydatna swoboda ruchów zjawia się po 3 tygodniach. Niekiedy stwierdza się też poprawę w zachowaniu tętna, które staje się coraz wyraźniej wyczuwalne. O lepszym ukrwieniu kończyny przekonywują pomiary oscylometryczne i termometryczne. Włosy i paznokcie zaczynają róść szybciej. Zwiększa się napięcie mięśni i chodzenie poczyna być sprawniejsze. Równocześnie poprawia się ogólny stan chorego.

Gojenie owrzodzeń jest sprawą dłuższą, choć nieraz spostrzegaliśmy, jak szybko zmniejszała się wydzielina a ubytek zasklepiał się pod strupem lub przez ziarninowanie. Wydaje się, że oddzielenie części zgorzelinowych od zdrowej tkanki postępuje prędzej pod wpływem histaminy.

W chorobie Raynauda uzyskano doskonały wynik u kobiety cierpiącej na uporczywe ataki, przeszkadzające jej we wszelkiej pracy fizycznej w chłodniejszych dniach. Po paru wstrzyknięciach znosiła zimno bez odczynów bolesnych, a sinica palców ustąpiła niemal zupełnie. Nie można było jednak sprawdzić jak długo utrzymał się ten korzystny wynik. Innymi doświadczeniami w zakresie tej choroby nie rozporządzam.

Zwężające zapalenie tętnic występuje najpóźniej w piątym dziesiątku życia. Leczenie histaminą daje na ogół lepsze wyniki u ludzi starszych niż młodszych. Łatwiej poddają się leczeniu wypadki, w których zmiany naczyniowe, aczkolwiek zaznaczone na innych kończynach, dają wyraźne objawy kliniczne tylko w jednej z nich. Czas trwania sprawy chorobowej wpływał także na wynik leczenia. Chorzy leczeni wcześniej po pojawieniu się bolesnych objawów byli więcej podatni na wstrzykiwanie histaminy, niż inni z uporczywymi dolegliwościami trwającymi kilka miesięcy. Poprzednie leczenie zwłaszcza acecholiną lub padutyną nie wspierało zupełnie naszego leczenia. Jeżeli uciążliwe objawy wystąpiły gwałtownie, więc wskutek nagłego zaczopowania większej tętnicy, wtedy odwlekaliśmy wstrzykiwania do tygodnia. Na ogół można oczekiwać polepszenia w tych przypadkach gdy nie doszło odrazu do widocznych zaburzeń w odżywieniu kończyny.

Chorzy z chromaniem przestankowym jako głównym objawem chorobowym są zazwyczaj dość pobudliwi na leczenie histaminą. Jakkolwiek objaw ten dowodzi, że większy pień tętniczy jest nieczynny, to często po ukończeniu serii X wstrzykiwań histaminy chorzy chodzili bez większych przeszkód. Oporniejsze na leczenie były te postacie zwężającego zapalenia tętnic, w których pojawiały się silne a nocą nieznośne bóle. Lecz i w tych wypadkach niejednokrotnie opuszczali chorzy szpital bez dolegliwości po 4—6 tygodniowym leczeniu. Jeżeli wyraźnie objawy choroby trwały ponad rok, a na stopie występowały zasinienia i obrzęki, to postęp choroby nie był histaminą wstrzymany. Chorzy ci opuszczali po leczeniu szpital, zadowoleni nawet ze swego losu, lecz wracali po paru miesiącach z dawnymi dolegliwościami. U nich dalsze leczenie histaminą było już bezcelowe.

Nikłe były wyniki leczenia, jeżeli zmiany martwicze na palcach posuwały się zwolna i obejmowały w toku leczenia inne palce. Kiedy zgorzel postępując

stopniowo z palców przeszła na stopę, wtedy wstrzykiwania histaminy zawodziły.

Wyjątkowy był przebieg zwężającego zapalenia tętnic u chorego 1. 42, który cierpiał na przykre, okresowe bóle i wybitne chromanie przestankowe w jednej kończynie od 4 lat. Na drugiej dolnej kończynie oraz na jednej z górnych tętno było ledwie wyczuwalne. Przybył ogólnie wyniszczony z bardzo silnymi bólami, powodującymi zupełną bezsenność, wyraźnym chromaniem przestankowym, zupełnie zimną stopą. Na końcowym członie palca pojawiło się przed paru tygodniami owrzodzenie, które powiększyło się przed przyjęciem do szpitala po zdjęciu paznokcia i przybrało charakter zgorzeli wilgotnej. Początkowo łagodzono bóle morfiną. Po paru wstrzyknięciach histaminy bóle uspokoiły się zupełnie, części zgorzelinowe zaczęły się szybko oddzielać. Po 4 tygodniach leczenia chory opuścił szpital całkowicie zagojony bez żadnych bólów, chodząc powoli, ale wcale swobodnie. Po pół roku poddał się ponownemu leczeniu, aczkolwiek nie odczuwał dolegliwości, a tylko chodził wolno. Badany po roku nie skarżył się wcale na zaburzenia kończyn, a tylko nie mógł przyspieszać kroku choć przechodzi bez wysiłku parę kilometrów. W przypadku tym rokowałem wątpliwie co do zachowania kończyny, a zamierzałem przystąpić po kilkudniowym przygotowaniu chorego do wycięcia zwojów lędźwiowych. Odstąpiłem od tego zabiegu zdumiony szybką poprawą wszystkich ciężkich objawów. Dość niespodziewanie okazało się też bezprzeczne i długotrwałe polepszenie u uporczywej postaci choroby.

Pomyślne było działanie histaminy w tych zapalnych zwężeniach tętnic, co po długiej kilkumiesięcznej chorobie przybywały z odgraniczoną zgorzelą palców. Tym postaciom towarzyszą zwykle silne bóle, które skłaniały niejednokrotnie chirurgów do wysokiego odjęcia kończyny. Histamina łagodziła wybitnie bóle u tych chorych i po paru tygodniach były zbędne rozmaite środki uśmierzające podawane od paru miesięcy. Po samoistnym oddzieleniu części zgorzelinowych gojenie postępowało gładko.

Miażdżycowe zwężenia tętnic są szczególnie wdzięcznym polem dla leczenia histaminą. Nawet wobec uporczywych objawów cechujących to cierpienie histamina może zadziałać niezwykle skutecznie. Rozmaitego rodzaju bóle, zdrętwienia, uczucie zlodowacenia — mijają często po paru wstrykiwaniach jakby bezpowrotnie. Chorzy zaczynają sypiać bez pomocy leków i stają się ruchliwsi. Spostrzegaliśmy w niektórych przypadkach, leczonych długo i rozmaitymi sposobami, jak działanie histaminy przechodziło wszelkie oczekiwania. Także i chromanie przestankowe poddaje się niejednokrotnie temu leczeniu. Nieraz po paru wstrzykiwaniach wysuwa się wyraźne tętno na grzbiecie stopy, gdzie przedtem ledwie je znajdowano. Widywaliśmy też wyraźny postęp w gojeniu owrzodzeń i oddzielaniu się zgorzeli na palcach.

Spostrzeżenia co do dalszych losów chorych leczonych histaminą nie są liczne. Okres wojny przeszkadzał w nawiązywaniu łączności z leczonymi. Najdłuższe spostrzeżenia sięgają w paru przypadkach trzech lat. Na ogół trwalsze wyniki leczenia były w miażdżycowym zwężeniu niż w zwężającym zapaleniu tętnic.

W porównaniu z innymi zachowawczymi sposobami histamina działa pewniej, skuteczniej i prędzej. Odnosi się to również do leczenia roztworem soli kuchennej, jakkolwiek nie można obniżać jego znaczenia. Jestem przekonany, że tam gdzie stosowano z powodzeniem złuszczenie tętnicy można osiągnąć co najmniej podobny skutek wstrzykując histaminę. Inne natomiast są wskazania dla wycięcia zwojów współczulnych i wtedy histamina może utrwalać pomyślne wyniki. Zastosowanie histaminy bez wątpienia ułatwia i posuwa naprzód leczenie zwężeń tętnic.

Moje dotychczasowe spostrzeżenia nie ujmują dość wyczerpująco rozmaitych zagadnień, które nasuwają się w związku z działaniem i znaczeniem histaminy w chorobach naczyń krwionośnych. Rozpatrzenie tych spraw jest godne dalszej uwagi w klinice i doświadczeniu.

Streszczenie

Histamina wstrzykiwana podskórnie w terenie zwężenia tętnic, więc na goleni lub przedramieniu rozszerza drobne tętniczki, połączenia tętniczo-żylne oraz włośniczki. Jej działanie sprzyja chemicznym odczynom śródtkankowym sterującym krążeniem małych naczyń. Celem leczenia jest pobudzić i usamodzielnić krążenie oboczne, aby zabezpieczyć zagrożone odżywienie tkanek. Wpływ histaminy na te stany może być długotrwały po systematycznych wstrzykiwaniach. Klinicznie stwierdza się po zastrzykach zaczerwienienie skóry, dłużej utrzymujące się ocieplenie kończyny, złagodzenie lub uśmierzenie bólów i szybkie gojenie owrzodzeń.

Wstrzykuje się najpierw 0,3—0,4 mg a wyjątkowo więcej, aby uzyskać właściwy odczyn miejscowy i później stopniowo podwyższa się dawki po 0,1 mg dochodząc zwykle do 0,8—1 mg. Zależnie od odczynów i postaci choroby stosuje się X—XV wstrzykiwań. Leczenie trwa 3—8 tygodni. W ten sposób leczono 55 chorych.

Histamina nadaje się do postępowania zapobiegawczego u chorych nie mających dolegliwych objawów. — Zadawalający wynik otrzymano w chorobie Raynauda bez owrzodzeń palców. Zazwyczaj podatne jest na to leczenie zwężające zapalenie tętnic z chromaniem przestankowym lub bólami jako zasadniczymi objawami. Korzystnie działa histamina w odgraniczającej się zgorzeli palców. Więcej oporne są postacie z wilgotną zgorzelą palców. Nie można zaś uzyskać żadnego wpływu na szerzącą się rozległą zgorzel stopy. — Na ogół bardzo dobre wyniki zauważono w miażdżycowym zwężeniu tętnic, za wyjątkiem przypadków z rozległą zgorzelą i zakażeniem. Także w zwężeniach na tle cukrzycy histamina pobudza gojenie.

Nie ma jeszcze dość spostrzeżeń co do trwałości pomyślnych wyników. Porównując z innymi zachowawczymi środkami histamina działa skuteczniej i znacznie szybciej, a w niektórych postaciach, jak miażdżycowych nieporównanie korzystniej. Leczenie to łączy się niekiedy ze wstrzykiwaniem hipertonicznej soli kuchennej lub z wyjęciem zwojów współczulnych.

FR. WALTER i ZB. OSZAST

DALSZE DOŚWIADCZENIA NAD STOSOWANIEM RUBROPHENU W GRUŹLICY SKÓRY

(Doniesienie II)

Z Kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie (Dyrektor: Prof. dr Franciszek Walter)

W roku 1938 ogłosiliśmy (1) nasze pierwsze doświadczenia nad działaniem leczniczym rubrophenu (Chinoin). W ślad za tą pracą ukazały się później w polskim piśmiennictwie publikacje (2 i 3), stwierdzające również dobre działanie tego środka w gruźlicy skóry. Równocześnie wzrosło także piśmiennictwo zagraniczne, podkreślające zgodnie korzystne wyniki po stosowaniu rubrophenu nie tylko w gruźlicy skóry (Furesz — 4) i układu kostnego, ale także w innych schorzeniach, jak trądzie (Dichpali, Fuszek, Malacescu — 5), gruźlicy nerek (Förster—6) gruźlicy opon mózgowych (Gardosi Szabo 7), gośccu stawowym (Erlsbacher — 8) i inni.

Zachęceni naszymi pierwszymi pomyślnymi wynikami stosujemy rubrophen nadal u chorych z gruźlicą skóry, leczonych w Klinice dermatologicznej U. J. i Oddziele Promieniolecznicznym Kliniki. Stosujemy ten środek tym chętniej, gdyż uważamy go za środek wybitnie korzystnie działający, a w pewnych przypadkach za środek nawet do nie zastąpienia.

W myśl naszych wskazań, podanych w pierwszym doniesieniu, stosujemy rubrophen u chorych leżących w Klinice i leczących się w Przychodni Kliniki, zapisując im leczenie do domu. Leczenie nasze rozpada się na dwie grupy: 1) leczenie wyłącznie rubrophenem w jego najrozmaitszych postaciach i 2) leczenie rubrophenem w połączeniu z innymi metodami, zwłaszcza fizykalnymi. Spore już polskie piśmiennictwo, jak też szczegółowe dane odnoszące się do samego rubrophenu, padane w naszem pierwszem doniesieniu — zwalniają nas od bliższych wyjaśnień w tym kierunku. Ograniczamy się też zatem do podania tylko dalszych wyników leczniczych.

Nasz obecny materiał obejmuje 29 przypadków gruźlicy skóry i tzw. „tocznia" rumieniowatego.

Według postaci chorobowych było:

przypadków tocznia pospolitego *(lupus vulgaris)*	
umiejscowionego na twarzy	12
„ na twarzy i błonach śluzowych .	2
„ na kończynach	2
przypadków gruźlicy rozpływnej *(tbc. colliquativa)* . .	5
„ „ wrzodziejącej błon śluzowych *(tbc. ulcerosa vulvae)*	1
„ „ brodawkowej *(tbc. verrucosa)* . .	2
„ rumienia stwardniałego *(erythema induratum)*	1
„ tzw. „tocznia" rumieniowatego *(erythematodes)*	4
razem . .	29

Tych 29 chorych leczyliśmy z wynikami następującymi:

Lupus vulgaris

A. leczenie wyłącznie rubrophenem
(wewnętrznie i zewnętrznie):

a) wyleczenie:
2 przypadki — 1 po 6 tygodniach leczenia
1 po 13 tygodniach leczenia

b) wybitna poprawa:
7 przypadków — 2 po 4 tygodniach leczenia
1 „ 6 „ „
1 „ 8 „ „
1 „ 12 „ „
1 „ 14 „ „
1 „ 16 „ „

c) poprawa:
2 przypadki — 2 po 8 tygodniach leczenia

B. leczenie mieszane:

a) wybitna poprawa:
2 przypadki — 1 po 12 tygodniach leczenia: rubrophen w tabletkach, maści i wstrzykiwaniach, skaryfikacja i następowo rubrophen w postaci maści z 10% pyrogallolem.
1 przypadek po 16 tygodniach leczenia: rubrophen w tabletkach, wstrzykiwaniach i w postaci maści w połączeniu z pyrogallolem na powierzchnię ranną po skaryfikacji.

b) poprawa:
2 przypadki — 1 po 20 tygodniach leczenia, złożonego z wstrzykiwań rubrophenu, maści pyrogallowej i naświetlań ogólnych lampą kwarcową.
1 po 4 tygodniach leczenia: rubrophen w postaci wstrzykiwań, pasta Cosmé'go i naświetlanie promieniami granicznymi

c) brak poprawy:
1 przypadek — 1 po 4 tygodniach leczenia mieszanego, złożonego z rubrophenu w tabletkach, maści i wstrzykiwań dożylnych, stara tuberkulina.

Tuberculosis colliquativa cutis

A. leczenie wyłącznie rubrophenem
(wewnętrznie i zewnętrznie):

a) wyleczenie:
1 przypadek — 1 po 8 tygodniach leczenia: maść i tabletki i płukanie przetok roztworem rubrophenu.

b) wybitna poprawa:
2 przypadki — 1 po 4 tygodniach leczenia
1 po 7 „ „

B. leczenie mieszane:

c) poprawa:
2 przypadki — 1 po 8 tygodniach leczenia, złożonego z rubrophenu w postaci tabletek, maści i wstrzykiwań dożylnych, ponadto przepłukiwanie przetok i owrzodzeń roztworem rubrophenu (1:400, 1:200 i 1:100), naświetlania promieniami nadfiołkowymi.
1 po 6 tygodniach leczenia, złożonego z rubrophenu w postaci tabletek i naświetlań ogólnych promieniami nadfiołkowymi.

Tuberculosis ulcerosa vulvae

A. leczenie wyłącznie rubrophenem
(wewnętrznie i zewnętrznie):

a) brak poprawy:
1 przypadek — 1 po 2 tygodniach leczenia: rubrophen w tabletkach, płukanie roztworem rubrophenu, tampony napojone rubrophenem (1:200).

Tuberculosis verrucosa cutis

A. leczenie wyłącznie rubrophenem
(wewnętrznie i zewnętrznie):

b) wybitna poprawa:
1 przypadek — 1 po 8 tygodniach leczenia (tylko maść)

B. leczenie mieszane:

c) poprawa:
1 przypadek — 1 po 8 tygodniach leczenia: rubrophen w postaci maści w połączeniu z 20% pyrogallolem i wstrzykiwań.

Erythema induratum

B. leczenie mieszane:

a) poprawa:
1 przypadek — 1 po 3 tygodniach leczenia, złożonego z rubrophenu w tabletkach i okładów z wodnego roztworu ichtyolu (1%).

Erythematodes

A. leczenie wyłącznie rubrophenem (wewnętrznie i zewnętrznie):

a) wybitna poprawa:
1 przypadek — 1 po 3 tygodniach leczenia

B. leczenie mieszane:

b) wybitna poprawa:
1 przypadek — 1 po 3 tygodniach leczenia, złożonego z maści rubrophenowej, wstrzykiwań rubrophenu i bizmutu.

c) poprawa:
2 przypadki — 1 po 4 tygodniach leczenia, złożonego z rubrophenu w tabletkach, wstrzykiwań i maści w połączeniu z pyrogallolem, wstrzykiwań myochryzyny, okładów z allochryzyny i wstrzykiwań bizmutu.
1 po 12 tygodniach leczenia złożonego: rubrophen w tabletkach, wstrzykiwania medobisu i myochryzyny, pyrogallol.

Zbierając wyniki tego leczenia na dalszym naszym materiale i porównując je z już uzyskanymi w pierwszym doniesieniu należy stwierdzić, że wartość lecznicza rubrophenu potwierdza się.

Sposobu podawania tego leku nie zmieniliśmy, podając tebletki, maść i stosując wstrzykiwania dożylne. Ilość podawanych tabletek nie wydaje się mieć wpływu na jakość efektu w przypadkach opornych. Zauważyliśmy, że zwłaszcza u dzieci wystarczy obok innego leczenia 1 tabletka rubrophenu dziennie, aby osiągnąć pełny wynik w toczniu płaskim lub gruźlicy rozpływnej. Z tego też powodu propagujemy podawanie małych dawek rubrophenu (1 dziennie na czczo). Maksymalna dawka wynosiła 5 tabletek dziennie u dorosłych. Objawy uboczne po tabletkach ze strony przewodu pokarmowego są sporadyczne i przemijające. Bóle głowy i brzucha, pojawiające się u osób z wrażliwym żołądkiem ustępują bardzo szybko po podaniu kwasu solnego z pepsyną, tak, że ciągłość leczenia nie napotyka wskutek tego na przerwy.

Maść rubrophenową znoszą chorzy dobrze. Obserwowane uczucie pieczenia pojawiające się nieraz po założeniu opatrunku z maści na powierzchnię obnażoną z naskórka lub podczas przepłukiwania owrzodzeń i przetok w przebiegu gruźlicy rozpływnej trwa bardzo krótko i nie bywa nigdy powodem przerwania leczenia. Rubrophen dostawszy się nawet przypadkowo do worka spojówkowego sprowadza przemijające pieczenie i przebarwienie.

Wstrzykiwania dożylne rubrophenu znoszą chorzy również dobrze. Bóle w całej kończynie i wzdłuż żyły łokciowej, jakie pojawiły się u kilku naszych chorych bezpośrednio po zastrzyku były wywołane, jak przekonaliśmy się pewnymi szczegółami technicznymi samego zastrzyku. Jeśli mianowicie wstrzykiwanie dożylne było trudne do przeprowadzenia i wskutek tego kończyna musiała być długo uciśniętą wraz z naczyniami, wtedy po wstrzyknięciu pojawiał się ból w całej kończynie i trwał kilka minut.

Najlepsze wyniki spośród leczonych różnych postaci gruźlicy skóry uzyskuje się nadal w toczniu i gruźlicy rozpływnej. Przy tej sposobności należy zanotować dwa charakterystyczne szczegóły: 1) najlepiej i najszybciej leczą się dzieci i młodzi; 2) świeże postaci chorobowe ustępują szybciej, niż zastarzałe (także Schosserer — 2). Czas trwania choroby 1—3—5 lat stanowi optimum leczenia rubrophenem. W leczeniu postaci wrzodziejących tocznia uderza osuszające działanie rubrophenu: już po kilku dniach owrzodzenia podsychają pod maścią, poczem dopiero w dalszym ciągu następuje zblednięcie i zabliźnianie. Nacieki płaskie, guzkowe, wyniosłe ponad otoczenie spłaszczają się pod wpływem maści rubrophenowej już począwszy od 3-go tygodnia leczenia. Odczynów miejscowych po maści rubrophenowej nie obserwowaliśmy, natomiast zdarzają się odczyny ogniskowe w postaci zaczerwienienia i obrzęku ognisk skórnych i gruczołów limfatycznych (imponujących w pierwszej chwili jako pogorszenie) po rubrophenie podanym drogą dożylną. Volk (10) tłumaczy to rozpadem prątków w danym miejscu, podobnie jak to obserwował przy diecie bezsolnej, dowodu jednak, że to jest pewien jakby rodzaj odczynu tuberkulinowego nie dostarczył (rubrophen jako katalizator?). Inni autorzy, jak np. Mathieu (11) znajduje w tym podobieństwo do odczynu Herxheimera w kile po podaniu novarsenobenzolu.

W postaciach tocznia przerostowego i brodawkowego uzyskujemy poprawę, wyrażającą się w bardzo wydatnym spłaszczaniu się wykwitów, zwłaszcza jeśli rubrophen się poda np. z 20% pyrogallolem. Stosowaliśmy także rubrophen w połączeniu z salicylem. Obok tego sposobu stosujemy także nacinanie ognisk przerostowych tocznia ostrym skalpelem i pokrywanie powierzchni rannej w 48 godzin po zabiegu maścią rubrophenową, nieraz nawet w połączeniu z pyrogallolem. W ten sposób uzyskaliśmy w 2 przypadkach bardzo znaczną poprawę i to w miejscach, gdzie względy kosmetyczne odgrywają dużą rolę: na nosie i na karku u kobiet. Blizna następowa była prawie niewidoczna. Tak samo usunięcie ognisk tocznowych drogą elektrotomii staje się skuteczniejsze i nie daje nawrotów, jeśli się tylko ranę po takim zabiegu opatrywać będzie maścią rubrophenową. Z tych samych powodów zalecamy maść rubrophenową na miejsca diatermokoagulacji guzków zamiast dotychczas stosowanych z maści borowej, czy innej.

Te dobre wyniki lecznicze dopiero co podane i następnie takie, jak zmniejszanie się powiększonych gruczołów limfatycznych, ustępowanie ognisk na śluzówkach, pędzlowanych rozczynem wodnym rubrophenu, przybytek na wadze, zmiany we krwi (zwiększenie ilości hemoglobiny, wpływ na opadanie krwinek) itp. — to wszystko nie tłumaczy nam niestety mechanizmu działania rubrophenu. I choć działanie chemolecznicze w ścisłym tego słowa znaczeniu nie może być tutaj przyjęte, choćby na podstawie ujemnych prób z zabijaniem bakteryj *in vitro*, to również trudno jeszcze dzisiaj orzec w sposób rozstrzygający, czy w działaniu swoistym rubrophenu chodzi o działanie ogólne, stymulujące, jakby tego dowodziły odczyny ogniskowe, czy o miejscowe działanie chemiczne, o organotropowe, jakby to znowu wynikało z dobrych wyników leczniczych po wyłącznym stosowaniu maści rubrophenowej.

I przypomina się tutaj natarczywie pewna ana-

logia z dziejów lecznictwa gruźlicy skóry. Oto z leczeniem rubrophenowym sprawa przedstawia się podobnie, jak z leczeniem za pomocą diety bezsolnej. Tak samo, jak w gruźlicy płuc dieta bezsolna zawiodła, a sprowadza przecież bezsporną poprawę i nawet wyleczenie w toczniu, tak podobnie wygląda to i przy stosowaniu rubrophenu (także Jeruzalem — 12, Schossere — 9). I tak samo przy jednym i drugim sposobie nie jest rozwikłana zagadka sposobu działania. Przypuszczenie Sztejnhauera, że chodzi tu o wpływ rubrophenu na chlorki w tkance gruźliczej, stać się może słusznym dopiero po wyjaśnieniu stawianego przez niego za przykład mechanizmu działania diety bezsolnej.

W każdym bądź razie musimy jeszcze raz podkreślić, że *wartość lecznicza rubrophenu ustala się coraz bardziej*, że po raz pierwszy wprowadzono, jak pisze Furesz (4), *środek do leczenia doustnego gruźlicy skóry.* Zyskaliśmy środek o działaniu w pewnych postaciach gruźlicy niezawodnym, zapobiegający nawrotom, idealny do leczenia ambulatoryjnego, gdyż łatwy jest do stosowania przez chorego w domu, ekonomiczny, bo zapisywany do domu oszczędza kosztów leczenia szpitalnego i nieszkodliwy, bez wyraźniejszego toksycznego działania ubocznego.

Wartości tego leku nie obniża konieczność długotrwałego leczenia nim (najmniej 8 tygodni), gdyż wiadomą przecież jest rzeczą, iż leczenie gruźlicy skóry jakąkolwiek inną nawet skuteczną metodą (np. finsenolecznictwo, dieta bezsolna) też wymaga długiego czasu do leczenia. Jeśli się więc z tych powodów uwzględni trudności lecznicze gruźlicy skóry w ogóle i nasze obecne i dotychczasowe ogłoszone wyniki lecznicze — to w świetle tych stwierdzeń wartość lecznicza rubrophenu tym bardziej zasługuje na podkreślenie.

Piśmiennictwo

1. Walter i Oszast: Medycyna, 1938, nr 3. — 2. Borkowski: Medycyna, 1939, nr 2. — 3. Sztejnhauer: Pol. Gaz. Lek., 1939, nr 9. — 4. Furesz J.: Orvesi Hetilap, 1938, nr 1. — 5. Komunikaty Fy Chinoin: Dic. pali D. i Ind. Bryt., Fuszek z Liberji, Malacescu z Rumunii. — 6. Förster J.: Wien. kl. Wschr. 1938, nr 31. — 7. Gardas J. i B. Szabo: Orvosi Hetilap, 1938, nr 41. — 8. Erlsbacher O.: Wien. kl. Wschr. 1939, nr. 12. — 9. Schosserer W. Med. Kl., 1938, nr 7. — 10. Volk R.: Wien. med. Kl., 1938, nr 7. — 11. Mathieu A.: Chemoterapia gruźlicy chirurgicznej trimetoxydioxyoxotrita nem. Dysertacja, Paryż 1938. — 12. Jeruzalem M.: Ars med. 1938, nr 2.

Prof. dr J. KOSTRZEWSKI

PAPUZICA W KRAKOWIE

(Z oddziału zakaźnego Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie

Chodzi o dwie siostry: W. K. l. 66 i J. J. l. 59. Mieszkają w jednym pokoju niedużym i przepełnionym różnymi sprzętami oraz tkaninami. Zachorowały — było to na wiosnę 1944 — w odstępie kilkudniowym, wśród tych samych objawów: nagle, wśród wysokiej gorączki, silnych bólów głowy i mięśni, łamania w kościach i znacznego osłabienia. Zwłaszcza młodszej J. J. dokuczało uczucie wielkiej niemocy i dręczyła ją bezsenność. Widziałem poraz pierwszy starszą z początkiem trzeciego — młodszą z końcem pierwszego tygodnia choroby.

Zacznę od starszej. U niej znalazłem bardzo znaczne osłabienie, wysoką gorączkę, i wiotki naciek w dolnym płacie płuca prawego. W. K. nie skarżyła się wcale na dolegliwości ze strony narządu oddechowego. Tylko od czasu do czasu zakaszlała, tylko czasami odpluwała nieco wydzieliny śluzowej. Gorączkowała ogółem 27 dni. Ostatnio nie wysoko, bo tylko do 38° C. Gorączka była zwalniająca. Jak się poprzednio zachowywała? Nie wiem, bo gorączki nie zapisywano. Ale miała sięgać powyżej 39° C. Zmiany w płucu powoli ustępowały a minęły doszczętnie w 12 dni po ustaniu gorączki. Zdjęcie rentgenowskie wykonane w 3 dniu bezgorączkowym wykazało naciek wnęki prawej, którego powtórne zdjęcie wykonane 20 dni później już nie stwierdzało. Po spadku gorączki osłabienie powolnie, stopniowo mijało. Okres zdrowienia zakłóciła sprawa ropna gałek chłonnych w pachwinie lewej, połączona z kilkudniową gorączką. Z ropy wyhodowano paciorkowca krwiobójczego.

Młodszą J. J., jak wspomniałem, badałem po raz pierwszy z końcem pierwszego tygodnia choroby. Nie wytłumaczone były: bardzo znaczne osłabienie, bezsenność i od kilku dni gorączka dochodząca 40° C. Nie mogłem bowiem u chorej wykazać jakichkolwiek miejscowych nieprawidłowości. Dopiero w drugim tygodniu zjawił się nieznaczny nieżyt oskrzeli, a w 14 dniu choroby można było wybadać naciek w dolnym płacie prawego płuca. Naciek stopniowo pełzał ku górze. Tu ustąpił a tam się pokazał. I tak po kilku dniach doszedł do szczytu. Podobnie jak u W. K. naciek był wiotki tzn. nasilenie przytłumienia było nieznaczne, pod palcem nie czuło się oporu, szmery oddechowe były tylko oskrzelawe, tylko było niewiele rzężeń dźwięcznawych, kaszel nieznaczny, czasem tylko połączony z odpluwaniem skąpej wydzieliny śluzowej. Naciek utrzymywał się ogółem dni 20, w tym 7 dni jeszcze po spadku ciepłoty, i to najdłużej w dolnym prawym płucu, właśnie skąd się sprawa zaczęła. W międzyczasie i w dolnym lewym płacie przyszło do wiotkiego 5 dni trwającego ogniska zapalnego. Z powodu ciężkiego stanu u J. J. rentgenowskiego badania płuc nie przeprowadzono. Ogółem J. J. gorączkowała 29 dni, ale w ostatnich 5, może już nie z powodu cierpienia zasadniczego, bo w 24 dniu choroby przyszło do zapalenia pęcherza moczowego. Gorączka była zwalniająca. W niektóre dni sięgała 40° C. Zdrowienie u J. J. wyglądało jak u W. K. Powikłane było zakrzepowym zapaleniem żyły udowej lewej.

Jeszcze szereg tygodni po opuszczeniu oddziału obie siostry czuły się bardzo słabe i narzekały na bóle mięśniowe. A później chociaż osłabienie już minęło, dostawały znacznych obrzęków kończyn dolnych ilekroć opuszczały łóżko. Innych objawów niedomogi mięśnia sercowego nie było.

Przedstawiłem obraz choroby u W. K. i J. J. A teraz skreślę w jaki sposób przyszło do poznania przyrody schorzenia.

Zaraz przy pierwszym widzeniu jednej i drugiej chorej uderzał ciężki ich stan ogólny, przy nikłych

zmianach ogniskowych u W. K., a braku takowych u J. J. Niejasnem było u W. K., czy zmiany w płucu są cierpieniem podstawowym, czy tylko wikłającym U J. J. znowu nie miano jakichkolwiek danych, na podstawie których możnaby było przewidywać dalszy przebieg choroby. Wobec tego obie siostry przyjęto do szpitala. Badania dodatkowe (poza rentgenowskim) tak się przedstawiają: kilkakrotnie szczepiona krew na pożywki okazała się jałowa. Kilkakrotnie wykonane odczyny zlepne z *b. typhi*, *b. paratyphi A*, *B*, *C*, z pałeczką Banga i szczepem *X* 19 wypadły ujemnie. Ilość krwinek białych, w odstępach kilkudniowych kilkakrotnie obliczana, wahała się od 5—11 tysięcy. Wśród innych postaci przeważały podzielone. Bywało ich powyżej 80%. Za to niejednokrotnie limfocytów bywało tylko 5%—6%. Kwasochłonne stanowiły 1%—3% ogólnej ilości krwinek białych. W moczu prócz tych składników, które u J. J. dowodziły zapalenia pęcherza moczowego, innych nieprawidłowych nie znajdywano.

Tak więc rozbiory krwi, po których sobie tyle obiecywano nie wyjaśniły przyrody schorzenia. A przecież choroba przedstawiała się niezwykle zagadkowo. Dwie siostry wspólnie zamieszkujące jeden pokój zachorowały w krótkim odstępie czasu po sobie. U jednej i drugiej, jeśli chodzi o cierpienie zasadnicze, były zmiany tylko w płucach. U. J. J., u której objawy śledzono od pierwszych dni do końca ich trwania, zapalenie płuc było pełzającym. U jednej i drugiej było tylko nieznaczne przytłumienie odgłosu wypukowego, nie czuło się oporu pod palcem, wdech i wydech był tylko oskrzelawy, tylko nieliczne rzężenia dźwięcznawe, kaszel tylko od czasu do czasu, i tylko od czasu do czasu skąpa śluzowa plwocina. Ale mimo tych nikłych objawów ogniskowych, osłabienie było bardzo znaczne, gorączka wysoka, długotrwała.

Otóż raz, kiedy się zastanawiałem po raz któryś nad przebiegiem choroby u jednej i drugiej siostry, przypomniałem sobie klatkę z kolorowymi ptakami, którą widziałem w ich pokoju. Postanowiłem się dowiedzieć co to za ptaszki? Mąż chorej J. J. objaśnił mnie, że to *Melopsittacus undulatus*. Dalej powiedział mi, że jedna z papug w tych dniach padła, a druga choruje. Otrzymałem zapewnienie, że jeżeli i ta padnie, to ją dostanę. Tak się też stało. W Zakładzie Anatomii Patologicznej U. J. dr Pragłowski i stud. med. Kropaczkówna dokonali rozbioru zwłok papugi. I stwierdzili zarówno gołym okiem dostrzegalne jak i też dopiero drobnowidowemu badaniu dostępne oznaki choroby papuziej. Tym samym niecodzienne zapalenie płuc u W. K. i J. J. uznano za — papuzicę.

P. S. — Krótki nawet pobyt w obejściu, w którem się mieści chora papuga grozi zakażeniem. Papuzica przebiega pod postacią zapalenia płuc. Jest chorobą groźną. Śmiertelność z niej sięga 30%. W r. 1930 było w Warszawie, pisze Glass „szereg przypadków ciężkiego nietypowego zapalenia płuc, które można było rozpoznać jako chorobę papuzią". (Karwacki i Malinowski: Choroby zakaźne. Warszawa 1937). Poza tem nic nie wiadomo o występowaniu papuzicy w Polsce.

Prof. dr FR. K. WALTER
Prezes Krakow. Tow. Lek.

Z DZIEJÓW WOJENNYCH KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

Z końcem lipca 1939 r. Krakowskie Towarzystwo Lekarskie zawiesiło swe posiedzenia naukowe na czas wakacyjny. Losy wojny zrządziły, że podjęto je dopiero w połowie kwietnia 1945 r. W czasie okupacji niemieckiej Towarzystwo było nieczynne, okupant zabronił bowiem podejmowania jakichkolwiek objawów życia naukowego i towarzyskiego.

W październiku 1939 r. zawezwał mnie jako prezesa Krak. Towarzystwa Lekarskiego i dra Adama Ackermana skarbnika Towarzystwa, jedynych pozostałych w Krakowie członków Zarządu — dr Kroll komisarz niemiecki Izby Lekarskiej i oświadczył, że zawiesza czynności Towarzystwa, przejmuje gmach i majątek Towarzystwa na rzecz Izby Zdrowia i żąda przedstawienia bilansu. Dostarczyliśmy mu bilansu deficytowego, w kasie Towarzystwa pozostawała bowiem nieznaczna suma, niezbędna na opłacenie personelu Towarzystwa. Łupem Niemców padły dwie obligacje pożyczki państwowej po 100 zł. Urzędowy dekret rozwiązujący Towarzystwo otrzymałem dopiero w lecie 1940 r.

Niemiecki zarząd Towarzystwa na szczęście nie poczynił większych szkód, prócz nowego pomalowania sali posiedzeń i zamalowania fryzów, wykonanych według wzorów Wyspiańskiego, przy użyciu specjalnych wzorców malarskich. Portrety olejne i fotografie prezesów Towarzystwa ocalały, ukryte przez dozorczynię gmachu T-wa. Prywatne mieszkanie gospodarza gmachu T-wa dra Karasińskiego zabrano, a urządzenie wyrzucono na poddasze. W gmachu bardzo rzadko odbywały się zebrania niemieckich lekarzy. W czerwcu, lipcu i sierpniu 1942 r. odbyły się kursa dokształcające dla polskich lekarzy Ubezpieczalni Społecznych urządzone przez Związek Ubezpieczalni Społecznych. Dozorczynię gmachu pozostawiono na etacie Izby Zdrowia.

Tak przedstawiało się życie naukowe T-wa do 17 stycznia 1945 r. W dniu tym wybuch miny przy ul. Kopernika spowodował zniszczenie gmachu T-wa, czyniąc go niezdatnym do użytku. Bibliotekę, meble, aparaty projekcyjne i części urządzenia wewnętrznego przewieziono do gmachu Izby Lekarskiej, gdzie schronienia użyczyli chętnie prezes Izby prym. dr Gołąb i dr Ciećkiewicz. Przewiezienie majątku i zabezpieczenie zbiorów napotykało na wielkie trudności ze względu na koszta przewozu żądane przez przedsiębiorcę. W tej ciężkiej chwili — laboranci i pielęgniarze Kliniki dermatologicznej U. J. i oddziału dermatologicznego św. Łazarza — ofiarowali bezinteresownie swą pomoc i przewieźli w całości bibliotekę i meble do gmachu Izby Lekarskiej.

Zabezpieczywszy w miarę możności majątek T-wa, pomyślano o wznowieniu naukowych posiedzeń. Kilku kolegów, po naradzie z pozostałymi członkami Zarządu, prezesem T wa i sekretarzem doręcznym drem Zbigniewem Oszastem — postanowiło rozpocząć normalne życie T-wa inauguracyjnym posiedzeniem w dniu 25 kwietnia 1945 r. Postanowiono dalej, że wykłady i demonstracje odbywać się będą w sali

wykładowej Kliniki ginekologicznej, którą oddał do dyspozycji T-wa prof. dr J. Zubrzycki i w innych klinikach, zależnie od demonstrowanego materiału. W oznaczonym dniu rozpoczęto naukowe posiedzenia i od tego dnia zbierają się członkowie T-wa w każdą środę tygodnia. Ruch naukowy jest bardzo żywy, zgłoszono wiele odczytów i demonstracji — które wywołują zawsze ożywioną dyskusję. W najbliższych miesiącach odbędzie się Walne Zebranie członków T-wa, celem ukonstytuowania pełnego Zarządu i zadecydowania o losach T-wa, odbudowy gmachu, wydawnictwa pisma lekarskiego, planu prac naukowych i gospodarczych itp.

W zamierzeniach dziesiejszego Zarządu podjęto myśl o wskrzeszeniu wydawania dawnego „Przeglądu Lekarskiego", którego druk zawieszono po pierwszej wojnie, łącząc razem w jedno wydawnictwo z Gazetą Lekarską i Lwowskim Tygodnikiem Lekarskim. Istnieje uzasadniona nadzieja, że z pomocą Ministerstwa Zdrowia — będzie można wydawać tygodnik poświęcony naukom lekarskim, głównie o charakterze kliniczno-praktycznym, roztrząsającym również zagadnienia medycyny społecznej. Prace wstępne są już ukończone, sprawa materialna jedynie powstrzymuje publikację pierwszego zeszytu.

Zarząd T-wa poniósł wielkie straty w czasie ostatnich 6-ciu lat. Stały sekretarz T-wa, prof. dr Marian Gieszczykiewicz, aresztowany przez Niemców, w r. 1941, po długim pobycie w więzieniach, wywieziony do obozu koncentracyjnego, został rozstrzelany. Bibliotekarz T-wa dr Rafał Spira zmarł w czasie działań wojennych we wrześniu 1939 r. Długoletni niezwykle dla T-wa zasłużony skarbnik dr Ackerman zmarł w Krakowie w r. 1942. Nie wiemy o losach wielu honorowych członków T-wa. W latach ostatnich zmarł rektor prof. dr Kazimierz Kostanecki, prof. dr Leon Wachholz, więźniowie Oranienburga i prof. dr Emil Godlewski. W obozach i więzieniach lub z trudów wojennych zmarło wielu zwyczajnych członków T-wa. Wszystkim członkom T-wa i kolegom lekarzom poległym za Ojczyznę, zamordowanym zbrodniczo i zmarłym w latach ostatnich poświęcono w czasie pierwszego posiedzenia naukowego wyrazy głębokiego żalu, składając Zmarłym hołd pośmiertny.

Rozpoczęliśmy nowe życie w Towarzystwie dzięki niezwykle życzliwej pomocy kolegów, zarówno starszego pokolenia jak i młodych. Od pierwszych dni odzyskania wolności zasypywano mnie pytaniami o terminie podjęcia dawnej działalności. Tak gorąco wyrażane życzenia dowodziły ogromnej potrzeby żywego słowa naukowego w postaci wykładów i rozpraw. Niezwykła frekwencja uczestników każdego zebrania, dowodzi szczerości tych pragnień i potrzeb. Toteż na tym zapale wszystkich naszych Koleżanek i Kolegów buduję nową wielką, owocną przyszłość naszego Towarzystwa.

KRAKOWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE

Protokół

z posiedzenia naukowego z d. 25 kwietnia 1945 r.

Otwierając po 6-letniej przerwie pierwsze naukowe posiedzenie, Prezes wita przybyłych Członków Towarzystwa, Koleżanki i Kolegów. Składa wyrazy hołdu pośmiertnego zmarłym Członkom zarządu Towarzystwa, Członkom honorowym i zwyczajnym, jako też wszystkim Kolegom lekarzom, którzy zginęli za Ojczyznę, w obozach i więzieniach lub zmarli z trudów wojennych.

Zebrani uczcili pamięć Zmarłych jednominutowym milczeniem.

Następnie Prezes składa sprawozdanie z losów Towarzystwa w czasie okupacji niemieckiej. Z Zarządu pozostali tylko Prezes, Sekretarz i Naczelny redaktor Polskiej Gazety Lekarskiej. Z końcem października 1939 r., ówczesny komisarz niemiecki Izby Lekarskiej, odebrał budynek i majątek Towarzystwa, które przeszły pod zarząd Izby Lekarskiej, zabraniając równocześnie odbywania posiedzeń naukowych. W kilka dni potem zdarzeniu Prezes został aresztowany i wywieziony do obozu koncentracyjnego. Po uwolnieniu z obozu w lutym 1940 r. wręczono mu dekret władz okupacyjnych, rozwiązujący Towarzystwo. Dom Fundacyjny im. dra Mączki przeszedł pod zarząd urzędu powierniczego. Niemcy poza przemalowaniem sal nie dokonali większego zniszczenia, mebli wykonanych podług wzorów Wyspiańskiego nie wywieziono, jak również biblioteki. Dobytku Towarzystwa strzegła woźna Towarzystwa wraz z synem i ich to staraniem zawdzięczać należy, że zachowało się wiele przedmiotów, między innemi cenne portrety i zbiór fotografii prezesów Towarzystwa. W dniach walki o Kraków spadła niebywała klęska na gmach Towarzystwa. Wybuch min podłożonych pod most kolejowy przy ul. Kopernika zniszczył gmach Towarzystwa. Dach został zupełnie zrujnowany, okna z futrynami zniszczone, mury popękane. Gmach stał się niezdatny do użytku. Na szczęście ocalała biblioteka i meble. Dzięki poparciu i życzliwej pomocy kol. Gołąba i Ciećkiewicza, kierowników Izby Lekarskiej, znalazł się przytułek dla ocalałego majątku Towarzystwa w gmachu Izby Lekarskiej. Przeniesienie i zabezpieczenie zbiorów napotkało jednak na wielkie trudności i związane z tym koszta. Pomoc przyszła nadspodziewanie. Laboranci i sanitariusze Kliniki dermatologicznej U. J. i oddziału dermatologicznego Szpitala św. Łazarza: Tadeusz Burda, Stanisław Nowak, Józef Samek, Michał Ryczko, Mikołaj Fedeczko, Jan Friedel — samorzutnie oceniając znaczenie działalności i wartości dla nauki zbiorów Towarzystwa ofiarowali bezinteresownie swą pomoc w ewakuacji zbiorów. Dyrektor Szpitala udzielił pomocy, pozwalając, aby w dniach wolnych od pracy, używano koni i platformy szpitalnej do przewiezienia książek, mebli i wszystkich wartościowych przedmiotów. Trzy tygodnie trwało przeprowadzenie, przede wszystkim do gmachu Izby lekarskiej, a częściowo do kliniki dermatologicznej U. J. Wszystko niemal zostało ocalone i zabezpieczone na przyszłość. Protokoły i spis przedmiotów ocalonych przekazano aktom Towarzy-

stwa, Izby Lekarskiej i Klinice dermatologicznej. Prezes składa gorące podziękowanie inicjatorom tej akcji, bez pomocy których, kto wie jaki los spotkał by majątek Towarzystwa i prosi zebranych Kolegów o uchwalenie podziękowania dla dzielnych naszych współpracowników, co też zebranie uchwaliło wśród rzęsistych oklasków przez aklamację.

Prezes przedstawia następnie wynik narady pozostałych Członków zarządu i zaproszonych Kolegów. W naradzie brali udział: prof. Kostrzewski, prof. Oszacki, prof. Tempka, prof. Zubrzycki, naczelnik Owsiński, wiceprezes Izby dr Stein, prym. Gołąb, kol. Ciećkiewicz i Oszast. Uchwalono rozpocząć działalność Towarzystwa, jak najwcześniej, zaznaczając dzień inauguracyjnego posiedzenia na 25 kwietnia b. r. Towarzystwo już poprzednio zostało zgłoszone do rejestracji u władz wojewódzkich. Uchwalono również ustalić spis członków Towarzystwa, prosić Kolegów o zapisywanie się na członków i doprowadzić jak najszybciej do Walnego Zebrania i wyboru Zarządu. Prezes zawiadamia, że posiedzenia będą się odbywać co 8—14 dni w sali wykładowej Kliniki ginekolog. U. J., którą chętnie gospodarz gmachu prof. Zubrzycki dla celów Towarzystwa odstąpił, za co mu najserdeczniej dziękuję (oklaski). Posiedzenia będą się też odbywać w innych salach wykładowych klinik uniwersyteckich, zwłaszcza, gdy będą miały się odbyć demonstracje chorych. Kończąc sprawozdanie Prezes apeluje do wszystkich krakowskich lekarzy o jak najliczniejsze zapisywanie się na Członków Towarzystwa, aby wznowić chlubną tyloletnią działalność Towarzystwa.

Następnie odczytano protokół z poprzedniego zebrania z dnia 21. VI. 1939 r.

Prof. Miodoński wygłosił odczyt pt.: „O talencie lekarskim“ (rzecz ukaże się w druku). W dyskusji zabrał głos prof. Walter dorzucając swoje spostrzeżenia do poruszanego przez prelegenta zagadnienia.

Protokół
z posiedzenia naukowego z dnia 16 maja 1945 r.

Odczytano protokół z posiedzenia poprzedniego z dnia 25 kwietnia 1945 r. Prezes porusza sprawę poprawy stanu sanitarnego miasta Krakowa. Kraków stracił prawie wszystkie środki lokomocyjne Zakładu Czyszczenia Miasta, zabrane przez ustępującego okupanta niemieckiego, wskutek czego wszystkie posesje miasta w liczbie 7000 zalegają olbrzymie pokłady niewywiezionych odpadków i śmieci, co w związku ze zbliżającą się ciepłą porą roku grozi epidemią ostrych chorób zakaźnych. Sekretarz odczytuje pismo Naczelnika Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia dra Anselma skierowane w tej sprawie do Wojewody Krakowskiego, poczem zebrani uchwalają przez aklamację następującą rezolucję:

„Krakowskie Towarzystwo Lekarskie na posiedzeniu naukowym w dniu 16 maja 1945 r., zapoznawszy się z pismem Naczelnika Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia dra Anselma w sprawie asanizacji miasta, związanej z koniecznością wywiezienia zalegających miasto śmieci i odpadków, jak również doceniając niebezpieczeństwo możliwości wybuchu epidemii chorób zakaźnych w związku z nastałą ciepłą porą roku — uchwala zwrócić się do miarodajnych czynników z apelem o przyjście z pomocą miastu celem ułatwienia jak najrychlejszego wywozu grożących niebezpieczeństwem epidemii odpadków i śmieci“.

Prezes zapowiada rozpoczęcie starań o wydawanie pisma lekarskiego, na który to cel Ministerstwo Zdrowia obiecało wyasygnować odpowiednią subwencję. Czasopismo to, jako organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego będzie się pojawiać jako dwutygodnik pt.: „Przegląd Lekarski“.

Dr Stanisław Nowak wygłosił odczyt pt.: „Z pogranicza pediatrii i otjatrii *(mastoiditis occulta)*“. Prelegent omówił zagadnienie ukrytego zapalenia ucha środkowego i wyrostka sutkowego, szczególnie u niemowląt. Stanął on na stanowisku, że rozpoznanie tego schorzenia jest możliwe tylko wtedy, jeżeli bierze się pod uwagę — poza niecharakterystycznymi objawami przedmiotowymi — przede wszystkim objawy podmiotowe. Zadaniem otjatryczno-pediatrycznego badania uszu niemowlęcia jest właśnie umiejętne i właściwe odczytanie objawów podmiotowych. Prelegent stanął na stanowisku wczesnego i bezzwłocznego chirurgicznego leczenia omawianej sprawy i to mimo ujemnego wyniku badania otoskopowego, pod warunkiem jednakże, że pediatryczno-tjatryczne badanie daje wynik dodatni. Twierdzenia swoje prelegent popiera opisem odpowiednich przypadków, w których spostrzeganie kliniczne niezbicie dowodzi słuszności jego twierdzeń (rzecz w całości ukaże się w druku).

W związku z tym odczytem prof. dr Miodoński podał następujące uwagi: sprawa, którą poruszył prelegent interesuje pediatrów i otologów od bardzo dawna (Hartmann 1899). Od tych czasów po dzień dzisiejszy oscyluje ona pomiędzy skrajnymi poglądami. Gdy jedni (Pongisch, Kassel) upatrują w schorzeniach ucha kluczowej pozycji dla całości schorzenia i są zdania, że wyleczenie ucha decyduje o losie dziecka, inni (Goeppert) uważają schorzenie ucha za rzecz wtórną, rozwijającą się w następstwie schorzenia przewodu pokarmowego i że schorzenie uszne nie ma w tym zespole decydującej roli. Również gdy chodzi o leczenie ucha w tych przypadkach dzielą się lekarze na „aktywistów“ i „pesymistów“ (pediatrzy częściej należą niestety do „pesymistów“).

Pesymiści nie przypisując sprawie usznej decydującej roli są zdania i skłonni do zajmowania ściśle konserwatywnego stanowiska w stosunku do ucha. Wychodzą z założenia, że sprawa uszna poprawi się wraz z poprawą stanu ogólnego. „Aktywiści“ stoją na stanowisku, że schorzenie uszne decyduje o stanie ogólnym (zespół uszno-jelitowy), że więc nawet najradykalniejsze sposoby leczenia są na miejscu, by jak najrychlej odciążyć organizm. Doświadczenie, jakiego z czasem nabrała pediatria i otiatria w tym względzie wskazują na to, że w szeregu przypadków schorzenia uszne decydują o stanie ogólnym i o życiu dziecka (Karbowski). Jednak nie w każdym przypadku schorzenia jelit antrotomia jest jedynie odpowiednim sposobem leczenia! Ścisła i krytyczna obserwacja kliniczna, zarówno ze strony pediatry jak otiatry — jest niezbędna, by uchronić się od łatwych skrajności i sprawę postawić na właściwym miejscu. Tylko ścisła współpraca pediatry z otiatrą daje najlepszą gwarancję, że z jednej strony nie będzie się

lekkomyślnie wykonywać zabiegów, a z drugiej, że nie przeoczy się momentu, w którym zabieg będzie naprawdę koniecznym. Poleganie li tylko na bolesności uciskowej ucha i decydowanie na tej podstawie nawet przy sumiennym uwzględnieniu stanu ogólnego) o konieczności antrotomii (często obustronnej) jest nie tylko trochę romantyczne, ale i niekliniczne zgoła. Cenny ten objaw jest tylko jednym objawem więcej — w tym kierunku — by uszy jak najstaranniej przebadano. Technika badania uszu u najmłodszych dzieci jest niewątpliwie trudna, wymaga doskonałego oświetlenia, pomocy i dużego doświadczenia. Skąpość a raczej trudność w odczytaniu objawów wziernikowych u najmłodszych dzieci tłumaczą nam stosunki anatomiczne (wąski przewód, bardzo skośne ustawienie błony, grubość błony) i anatomo-patologiczne (grube pokłady tkanki myxomatycznej w uchu środkowym, brak zdolności do wytwarzania żywego „odczynu zapalnego" na bodziec szkodliwy, mała skłonność do samoistnej błony, nieprawidłowe złuszczanie się błony, skłonność do tworzenia wyizolowanych ognisk epitympalno-antralnych (Encat). Jednak dokładne badanie obu uszu, zwracanie uwagi na zachowanie się tylko górnej ściany, węzły limfatyczne, a przede wszystkim obserwacja i codzienne badanie, ewentualnie punkcja antrum przez przewód (Lewenfisz) — dostarcza sporo danych, które przy połączeniu ze stanem ogólnym wykażą właściwą drogę postępowania i ewentualnie odpowiedni moment do wykonania zabiegu. Zarówno otolog jak pediatra oraz anatom patologiczny muszą o tym dobrze pamiętać, że stwierdzenie „ropy", czy „treści ropiastej w uchu najmłodszych dzieci — nie jest żadnym dowodem „czynnego" procesu (Hartmann, Goeppert, Wittmaak, Albrecht). Na przebieg zapaleń w błonach śluzowych ma decydujący wpływ obciążenie skazowe. Wpływ ten zaznacza się przez całe życie, ale najdobitniej w wieku dziecięcym. Ten musimy jak najstaranniej uwzględniać, zarówno w rozpoznawaniu (zmiany anatomo-patologiczne u skazowych mają inną wymowę, niż u nieskazowych), jak i leczeniu (obok chemoterapii, dieta, leczenie bodźcowe itd). Wiemy, że sama narkoza eterowa wpływająca wybitnie na błony wpółprzepuszczalne, wywiera często decydujący włpyw na równowagę kwaso-zasadową ustroju. Niestety nie umiemy powiedzieć, jak narkoza podziała w poszczególnym przypadku. Systematyczne oznaczanie pH krwi przed i po narkozie oraz w treści próbnej wyaspirowanej przy punkcji próbnej antrum — może tutaj dorzucić nieco światła. Czy samej narkozy nie można też traktować niekiedy jako leczenia bodźcowego? Wreszcie stwierdzenie przy operacji „zgrubiałej śluzówki" (zwłaszcza u dzieci skazowych) w antrum — nie jest samo przez się stwierdzeniem „czynnego" procesu w uchu. O tym zapominać nie wolno! Nawet skrupulatne badanie drobnowidzowe śluzówki nie zawsze wyjaśnia sytuację Problem jest więc bardzo trudny, nad wieloma naszymi kryteriami wisi znak zapytania. Obok zapału, wielka doza krytycyzmu może nas jedynie uchronić od nazbyt częstego wyciągania niewłaściwych wniosków.

Dr Małkiewicz zapytuje prelegenta o szczegóły powodu operowania obu uszu i wspomina o metodyce prof. Baurowicza.

Dr Nowak odpowiada, poczym dr Szpunar, podkreśla, że *mastoiditis* u małych dzieci nie zajmuje stanowiska wyjątkowego w patologii schorzeń uszu. U dorosłych istnieje również szereg schorzeń przy których występuje niezgodność pomiędzy nieznacznymi zmianami otoskopowymi a ciężkim stanem ogólnym, jak np. przy *otitis mucotica*. Toteż każdy laryngolog musi zwracać baczną uwagę na stan ogólny chorego. Za najlepszy sposób współpracy otologów z pediatrami w przypadkach *mastoiditis* u małych dzieci — uważałby system codziennych wspólnych konsultacyj, gdyż badanie ambulatoryjne, zwłaszcza jednorazowe często okazuje się niewystarczającym. W końcu dr Szpunar zaznaczył, że powinno się dążyć do jaknajwcześniejszego rozpoznania i leczenia tych przypadków, gdyż z jednej strony rozpoznanie w ostatnich okresach choroby jest znacznie trudniejsze, a z drugiej strony szanse poprawy stanu dziecka przez zabieg operacyjny są znacznie mniejsze.

W końcu dr Chudoba zwraca uwagę, że ze względu na związek przyczynowy między schorzeniem przewodu pokarmowego a schorzeniem uszu jest wskazane opracowanie ścisłej metody klinicznej, która by umożliwiała wczesne rozpoznanie oraz dawała anatomiczne uzasadnienie do antrotomii.

Sekretarz: *(Zbigniew Oszast)* Prezes: *(Franciszek Walter)*

Z IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

DOCHODY LEKARZY W ŚWIETLE RZECZYWISTOŚCI

Zewsząd dochodzą skargi na traktowanie lekarzy przez władze w sposób nieodpowiedni. Tak jak gdyby nie byli pracownikami użyteczności publicznej, otrzymują karty żywnościowe III kategorii. Za prąd elektryczny płacić muszą według taryfy przemysłowej, jak gdyby gabinet lekarski był przedsiębiorstwem handlowym lub przemysłu prywatnego. Władze nie przydzielają lekarzom żadnych środków desynfekcyjnych, spirytusu, ani nawet mydła. Wskutek braku spirytusu praktyka lekarska dotkliwie cierpi. W tej ostatniej sprawie Izba wystosowała odpowiedni memoriał, który jednak pozostał bez skutku i... bez odpowiedzi. Koszta nabycia niezbędnych do wykonywania lecznictwa artykułów po cenach rynkowych zmuszeni są lekarze przerzucać na pacjentów tak, że w rezultacie ograniczenia te odbijają się na kieszeni i zdrowiu ludności.

Opinia publiczna jest zdania, że lekarze na stanowiskach publicznych są dobrze wynagradzani. Jak w rzeczywistości wygląda dochód takiego „wysoko uposażonego" lekarza po potrąceniach, niech pokaże przykład.

Np. wynagrodzenie lekarza Ubezpieczalni Społecznej (z wysługą lat) wynosi mies. brutto zł. 2625. Od tego potrącenia

wynoszą: na podatek dochodowy zł. 315, na ubezpieczenia społeczne 74,88 zł, ustawowa składka do Izby Lekarskiej 50 zł, obowiązkowa składka do Kasy Samopomocy Izby Lekarskiej 50 zł mies., składka do związków zawodowych i towarzystw naukowych miesięcznie około 150 zł. Razem potrącenia 639,88 zł, a do wypłaty pozostaje 1985,12 zł.

Na tym nie koniec. Lekarzom wyznaczono daninę elektryczną w kwocie 1000 zł. Ponadto nałożono opłatę za rzekomą instalację już przed wojną zainstalowanego i funkcjonującego telefonu w kwocie 1000 zł! Podatek lokatorski zwiększa się progresywnie z powodu konieczności posiadania gabinetu i poczekalni, a więc dwóch ubikacji więcej.

Lekarz nie może uchylać się od przynależności do rozmaitych towarzystw społecznych i humanitarnych (P. C. K., Liga Morska, Zrzeszenie Lekarzy Uzdrowiskowych itp.) i z tego tytułu musi opłacać rozmaite składki i daniny. Powszechnie wiadomo, że wykonywanie praktyki lekarskiej połączone jest z mnóstwem niespodziewanych wydatków natury humanitarnej. Każdy lekarz leczy w wielu przypadkach bezpłatnie. Jeżeli do tego dodamy, że koszta utrzymania lekarskiego warsztatu pracy są wyższe niż w innych zawodach, że lekarz dla utrzymania swego poziomu naukowego zmuszony jest prenumerować czasopisma naukowe i kupować książki, to zobaczymy, że sytuacja ekonomiczna lekarzy przedstawia się niemal dramatycznie.

Nie należy też zapominać, że z wyjątkiem lekarzy w służbie państwowej lekarze na innych stanowiskach pozbawieni są z reguły zaopatrzenia emerytalnego, a wdowy i sieroty po nich cierpią głód i nędzę.

Szczególnie pokrzywdzeni są lekarze administracyjni. Ich czynności w urzędach pochłaniają niemal cały dzień pracy, połączone są z inspekcjami, wyjazdami, konferencjami itp. tak, że na pomaganie sobie praktyką prywatną nie mają czasu.

Ten stan rzeczy nie wróży nic dobrego. Zubożenie stanu lekarskiego odbije się fatalnie na zdrowiu publicznym i obniży naukowy poziom medycyny. Jakże lekarz będzie mógł utrzymać swój poziom naukowy i poświęcać czas na pracę społeczno-lekarską, oraz naukową, jeśli nie wystarczy mu nie tylko na pokrycie kosztów dokształcenia zawodowego, ale nawet na utrzymanie siebie i rodziny?

J. H.

Przyp. Redakcji. — Redakcja zwraca się do Członków Izby z prośbą o składanie na jej ręce zażaleń ilustrujących potrzeby i trudności lekarzy w zaopatrywaniu swoich gabinetów w niezbędne do praktyki artykuły, a także o informacje z rozmaitych odcinków życia zawodowego i placówek lecznictwa, dla uzyskania możliwie pełnego obrazu warunków pracy lekarskiej. Zażalenia te i informacje zostaną zużytkowane do sformułowania postulatów zmierzających do istotnej poprawy bytu i warunków pracy lekarzy.

CENNIK NALEŻNOŚCI LEKARSKICH

Wojewoda krakowski zatwierdził decyzją z dnia 4 czerwca 1945 r. 20-krotny mnożnik dla cennika należności lekarskich, który obowiązywał na obszarze Województwa krakowskiego od dnia 1. X. 1938 r.*

Izba Lekarska w Krakowie działając w porozumieniu ze Związkiem Zaw. Lekarzy R. P. uzyskała ten mnożnik dzięki poparciu Naczelnika Woj. Urzędu Zdrowia dra Anselma i życzliwemu stanowisku Wojewody krakowskiego mgra Ostrowskiego.

Cennik obowiązuje na wypadek nie zawarcia z lekarzem umowy o inną należność. Najniższe stawki cennika z dalszą 25%-wą obniżką należy stosować: a) jeżeli do zapłaty jest obowiązana osoba niezamożna lub związek ubogich; b) jeżeli koszty ponosi Państwo, Instytucje Ubezpieczeń Społecznych, zakłady dobroczynne i samorządy w wykonywaniu ustawowej opieki społecznej.

Stawki wyższe są stawkami orientacyjnymi i przyznawanie ich w ewentualnym sporze jest zależne od stopnia naukowego lekarza, od stopnia zamożności chorego i od poniesionego przez lekarza trudu.

Przytaczamy kilka ważniejszych pozycji wraz ze stawkami obowiązującymi lekarza w stosunku:

a) do ubogich, związków ubogich, Państwa i Inst. Ubezp. Społ. oraz samorządów (kwota wymieniona pod a) tabelki;
b) do osób niezamożnych jako stawka minimalna (kwota wymieniona pod b));
c) do osób zamożnych jako stawka maksymalna (kwota wymieniona pod c));

	a) zł	b) zł	c) zł
§ 1. Porada lekarska w gabinecie lekarza:			
a) w dzień	60	80	240
b) w nocy	120	160	300
§ 2. Odwiedzanie chorego przez lekarza:			
a) w dzień	120	160	320
b) w nocy	240	320	640

§ 6. Za udział w naradzie lekarskiej (konsylium):
a) w dzień dla konsylariusza 50% więcej, dla lekarza ordynującego 25% więcej niż normy podane w § 1a) i § 2a);
b) w nocy dla konsylariusza 50% więcej, dla lekarza ordynującego 25% więcej niż normy podane w § 1b) i § 2b).

§ 7. Za poradę w niedzielę i święta wolno doliczać do powyższych poborów 50% (§§ 1a, 1b) i § 2b).

§ 8. Specjaliści mogą do norm podanych pod §§ 1a), 1b), 2a), 2b) i § 6 doliczać 50%. Tak samo mogą lekarze w uzdrojowiskach podnosić powyższe normy o 25%.

Czynności szczegółowe

	a) zł	b) zł	c) zł
§ 9. Sprawozdanie z choroby	45	60	200
Sprawozdanie ze stanu obecnego z opinia	75	100	300
Szczegółowa naukowo uzasadniona opinia na podstawie poprzedniego przebiegu choroby, poparta naukowymi wywodami i przytaczająca naukowe poglądy	225	300	1000
§ 10. Oględziny zwłok z wystawieniem świadectwa przewidzianego rozp. M. O. S. z 30. XI. 1933	150	200	500
Sekcja zwłok	400	600	1200

* *Przyp. Red.*: Obwieszczenie Wojewody krakowskiego z dnia 8 września 1938 (Krak. Dz. Wojew. nr 23 z 1. X. 1938) w sprawie cennika należności lekarskich obowiązującego na obszarze Wojew. krakowskiego, wydane zostało w 1938 r. nakładem Izby Lekarskiej w Krakowie pod postacią osobnej broszury.

Z braku miejsca podajemy w Nr 1 tylko najważniejsze wyjątki z obecnie podwyższonego cennika.

	a) zł	b) zł	c) zł
§ 11. Uczestnictwo w policyjnej lub innej pozasądowej rozprawie jako biegły lub świadek rzeczoznawca za każdą godzinę	90	120	200

Badanie mikroskopowe, chemiczne, bakteriologiczne serologiczne i podobne

	a) zł	b) zł	c) zł
§ 12. a) Mikroskopowe badanie płynów, wydzielin i wydalin	60	80	240
b) to samo z zastosowaniem barwików lub pola ciemnego	90	120	360
c) mikroskopowe badanie wycinków	90	120	360
d) badanie bakteriologiczne	90	120	400
e) badanie krwi	60	80	600
f) jakościowe badanie moczu	60	80	200
g) ilościowe badanie moczu (na cukier wzgl. białko)	90	120	300
h) badanie serologiczne na próbę Wasermanna	60	80	300
i) dokładne badanie neurologiczne lub psychiatryczne	300	400	1000
j) badanie przy użyciu aparatu Roentgena	200	300	1000
§ 13. Zastosowanie prądu elektrycznego	75	100	300
§ 14. Zastosowanie diatermii (krótkofalówki)	75	100	300

Czynności chirurgiczne

	a) zł	b) zł	c) zł
§ 15. a) Narkoza inhalacyjna lub inny sposób znieczulenia	300	400	800
b) zamrożenie	60	80	200
§ 16. a) Podskórny zastrzyk środków nasennych oprócz kosztów za nie	60	80	200
b) zastrzyk środków leczniczych w mięśnie lub dożylnie. (Salwarsan)	75	100	200
e) infuzja podskórna	120	160	800
f) infuzja dożylna z odsłonięciem żyły	240	320	1000
g) przetoczenie krwi z żyły człowieka	400	600	3000
h) zastrzyk do lub śródsercowy	125	200	400
§ 17. a) Założenie sondy żołądkowej z ewentualnym wypłukaniem żołądka i wydobyciem treści	150	200	600
b) rektoskopia	150	200	600
§ 18. a) Upust krwi leczniczy	75	100	600
b) pobranie krwi	60	80	300
§ 19. a) Otwarcie powierzchownego ropnia lub furunkułu, rozszerzenie rany	150	200	500
b) otwarcie kilku ropni (furunkułów) w ciągu jednej konsultacji	225	300	600
c) operacja głębiej położonego ropnia lecz nie na narządach wewnętrznych lub karbunkułu (na kończynach)	450	600	1600
§ 21. a) Opatrunek mniejszej rany	60	80	120
b) opatrunek rany mocno zanieczyszczonej lub rozszarpanej	225	300	600
c) opatrunek większej rany	150	200	600
d) szew i opatrunek pierwszej rany (powyżej 5 szwów)	225	300	600
e) szew i pierwszy opatrunek mniejszej rany (poniżej 5 szwów)	150	200	400
f) założenie większego mocniejszego opatrunku ustalającego, każdorazowo	150	200	500
§ 22. b) wykonanie zwyczajnego gorsetu gipsowego lub łóżka gipsowego	750	1000	3000
§ 26. Usunięcie ciał obcych lub odłamków kości:			
a) powierzchownych i namacalnych	150	200	400
b) w drodze operacji ciała lub kości przy głębokim umiejscowieniu	375	500	1200
§ 27. Usunięcie lub pobranie płynów:			
a) z przepukliny wodnej	150	200	1000
b) z jamy piersiowej lub brzusznej	300	400	1600
c) z pęcherza lub stawu	300	400	1200
d) z kanału rdzeniowego	375	500	1000

	a) zł	b) zł	c) zł
§ 28. a) Usunięcie guzów łatwiejszych do operowania zewnętrznej części ciała	300	400	600
b) usunięcie guzów trudniejszych do operowania bez otwierania jam ciała i bez odsłonięcia większych naczyń i nerwów	375	500	1500
§ 29. Zestawienie i opatrunek złamanych kości:			
a) złamanej kości twarzy, łopatki	300	400	1000
b) jednego lub więcej palców u rąk lub nóg	225	300	600
c) złamanej kości nadgarstka lub stopy śródręcza lub śródstopia	225	300	600
d) obojczyka, jednego lub więcej żeber	300	400	1200
e) przedramienia	300	400	1200
f) podudzia	300	400	1200
g) uda, ramienia lub kości miednicy	375	500	1200
h) rzepki	300	400	1200
i) szew złamanej kości lub złamań, zagojonych z przesunięciami	750	1000	5000
§ 37. Wstawienie i pierwszy opatrunek wywichniętych stawów:			
a) uda	450	600	3000
b) ramienia	300	400	1600
c) przedramienia, podudzia, stawów, rąk lub nóg	300	400	1600
d) rzepki	300	400	1200
e) dolnej szczęki	150	200	1000
f) palców u rąk lub nóg	150	200	800
g) za wstawienie i opatrunek zestarzałych wywichnięć podwójne, za krwawe wstawienie wywichnięć potrójne stawki			
h) wstawienie wrodzonego wywichnięcia stawu biodrowego	150	200	1500
i) krwawe leczenie zwyczajnego wywichnięcia kolana lub ramienia	750	1000	5000
§ 45. Założenie sztucznej odmy piersiowej	120	160	400
każde dalsze dopełnienie	75	100	200
§ 48. a) Odprowadzenie ruchomej przepukliny lub wypadnięcie odbytnicy	150	200	1000
b) odprowadzenie uwięźgniętej przepukliny	300	400	1200
§ 50. Odprowadzenie parafimozy	225	300	800
§ 51. a) Zastrzyk do cewki moczowej	75	100	200
b) instrumentalne badanie cewki moczowej	75	100	400
c) badanie cewki moczowej za pomocą endoskopu	225	300	1000

Czynności ginekologiczne i pomoc połogowa

	a) zł	b) zł	c) zł
§ 54. Dokładne badanie ciężarnej, rodzącej, położnicy	90	120	720
§ 55. a) Pobyt przy porodzie lub przeprowadzenie porodu bez wykonania jakiegokolwiek zabiegu, połączonego ze stratą czasu do 2-ch godzin:			
w dzień	375	500	1200
w nocy	600	800	2000
b) przy ścieśnionej miednicy lub nieprawidłowym położeniu płodu (twarzowe, miednicowe, poprzeczne)	450	600	2000
§ 57. Odprowadzenie wypadniętych części drobnych	300	400	1000
§ 58. Pomoc przy porodzie, oprócz należności pod § 2a—c:			
a) pomoc ręczna	450	600	1000
b) nałożenie kleszczy wychodowych	600	800	1200
c) nałożenie kleszczy wysokich	900	1200	2000
d) obrót zewnętrzny	150	200	400
e) obrót wewnętrzny lub kombinowany, połączony z wydobyciem płodu lub bez	750	1000	1600

	a) zł	b) zł	c) zł
f) przy przodującym łożysku osobna należność	450	600	1000
g) wymóżdżenie lub rozkawałkowanie płodu wraz z wydobyciem płodu	750	1000	2000
h) rozcięcie spojenia łonowego lub kości łonowej wraz z wydobyciem płodu	750	1000	2000
i) wydobycie płodu przez cięcie pochwowe lub cięcie powłoki brzusznej przy pękniętej macicy:			
na matce żywej	1500	2000	5000
na matce zmarłej	750	1000	2000
§ 59. Próby przywrócenia do życia dziecka urodzonego z zamartwicy	150	200	1000
§ 60. a) Usunięcie łożyska zabiegiem zewnętrznym	150	200	400
b) usunięcie łożyska lub resztek łożyska zabiegiem wewnętrznym (ręcznie lub przez wyłyżeczkowanie)	450	600	1000
§ 61. Tamowanie krwotoku po porodzie	300	400	800
§ 62. a) Nałożenie szwu na świeżo rozdartą szyjkę maciczną	300	400	1000
b) nałożenie szwu na świeżo rozdarte krocze aż do zwieracza odbytnicy krocza	375	500	1000
c) nałożenie szwu na świeżo rozdarte krocze wraz ze zwieraczem i błoną śluzową odbytnicy	600	800	1200
§ 64. Odprowadzenie uwięźgniętej macicy ciężarnej	300	400	800
§ 65. a) Pobyt przy poronieniu, bez wykonania zabiegu operacyjnego, lecz z wykonaniem tamponady	300	400	800
b) operacyjne ukończenie poronienia wraz ze wszystkimi potrzebnymi zabiegami	600	800	2000
§ 66. a) Przerwanie ciąży we wczesnym okresie (do 10 tyg.)	750	1000	2000
b) przerwanie ciąży w późniejszych okresach przez cięcie pochwowe lub nałożenie balonu	1125	1500	4000

	a) zł	b) zł	c) zł
§ 67. a) Założenie do pochwy tamponu, zawierającego środki lecznicze, przepłukanie pochwy, skaryfikacja, przyżeganie szyi macicznej lub kolumnizacja sklepień	60	80	300
b) łączne wykonanie tych zabiegów	120	160	400
c) przyżeganie wnętrza jamy macicznej lub założenie tamponu do wnętrza macicy	225	300	600

Czynności okulistyczne

	a) zł	b) zł	c) zł
§ 79. a) Dokładne badanie wzroku (łącznie z daltonizmem)	60	80	240
b) ustalenie bystrości wzroku przy niezborności lub przy zapisywaniu rzadkich środków optycznych łącznie z badaniem pod a)	60	80	400
c) badanie za pomocą sideroskopu	60	80	400
§ 87. Usunięcie ciał obcych:			
a) spojówki i powierzchni rogówki	60	80	300
b) wpalonych obcych ciał z rogówki	60	80	400

Czynności laryngologiczno-otiatryczne

	a) zł	b) zł	c) zł
§ 105. Wyłuszczenie migdałków	450	600	4000
§ 106. Przypalenie żegadłem elektrycznym muszel dolnych w nosie obu stron na jednym posiedzeniu	150	200	800
§ 110. Usunięcie polipów z nosa lub mniejsze operacje nosowe	300	400	2400
§ 112. Otwarcie zatoki Highmora przez nos z częściową resekcją dolnej muszli	600	800	4000
§ 113. Usunięcie ciał obcych z nosa, jamy ustnej i krtani	150	200	2000
§ 114. Tamponada nosa	150	200	300
§ 117. Przebicie bębenka (paracentesis)	150	200	800
§ 118. Przecięcie ropnia migdałka lub około-migdałkowego	150	200	1000

ZE ZWIĄZKU ZAWODOWEGO LEKARZY R. P.

Kielce. W Kielcach ukonstytuował się już w dniu 21. I. 1945 „Związek Zawodowy Lekarzy — Oddział Kielce“ stanowiący oddział Obwodu Związku Lekarzy R. P. — Związek zarejestrowany został w Okr. Komisji Związków Zawodowych w Kielcach. Na Nadzw. Walnym Zebraniu odbytym w kwietniu b. r. wybrano Zarząd w nast. składzie: przew. dr Paszkiewicz Aleksander, zast. przew. i skarbnik dr Winnicka-Stafanowska Kazimiera, sekretarz dr Ratter Jan Bogusław, członkowie dr Filipowicz Paweł i dr Makólski Henryk.

Składki ustalono na 10 zł mies. z tym, że koledzy opodatkują się dodatkowo w razie potrzeby.

Akcja organizacyjna na terenie województwa kieleckiego napotykała na trudności z powodu złej komunikacji i częstych zmian osobowych w stanie lekarzy wywołanych przesiedleniem się lub powołaniami do wojska. W ostatnim czasie nawiązuje się kontakty z szeregiem ośrodków lekarskich na terenie województwa, wzywając je do organizowania się w okręg z siedzibą w Kielcach, aż do czasu ustalenia terenu okręgów przez Walny Zjazd Delegatów.

Oddział kielecki najzupełniej solidaryzuje się ze stanowiskiem Obwodu krakowskiego w sprawie zamierzonego włączenia lekarzy do Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia (przyp. Red. tzn. wysuwa zastrzeżenia natury zasadniczej przeciw temu włączeniu).

„Słowo Lekarskie“. Związek Zawodowy Lekarzy w Łodzi zawiadamia o zamierzonym wydawnictwie miesięcznika społeczno-zawodowego pt.: „Słowo Lekarskie“. Wydawca: Związek Zawodowy Lekarzy R. P. w Łodzi. Redakcja: Łódź, ul. Piotrowska 113, pokój nr 219, tel. 215-05. Związek zaprasza do współpracy (artykuły, komunikaty) i prosi o podanie zapotrzebowania na pierwszy numer.

Biuletyn nr 2. Związek Zawodowy Lekarzy R. P. Obwód Kraków wydał biuletyn, który podajemy w streszczeniu.

Obwód krakowski organizuje nast. sekcje:

1. Sekcję lekarzy szpitalnych (pracujących w klinikach i szpitalach); 2. Sekcję lekarzy Ubezpieczalni Społecznej; 3. Sekcję lekarzy administracyjnych;

4. Sekcję lekarzy szkolnych; 5. Sekcję lekarzy kolejowych; 6. Sekcję lekarzy wolnopraktykujących i 7. Sekcję Medycyny Społecznej.

Najwcześniej utworzona Sekcja Medycyny Społecznej rozwija ożywioną działalność. Odbyła dotychczas 2 posiedzenia. Tematem wykładów były: 1. „Przesłanki ideologiczne uspołecznionej służby zdrowia"; 2. „Perspektywy realizacji uspołecznionej służby zdrowia".

Z inicjatywy Obwodu krakowskiego powstały Obwody w Miechowie, Rzeszowie, Tarnowie i Chrzanowie. Uzyskano kontakt z Łodzią. Są również wiadomości o organizowaniu się lekarzy śląskich w Katowicach. Z innych terenów nie ma na razie sprawozdań.

Konsekwencją powstania wyżej wymienionych obwodów było utworzenie Okręgu Krakowskiego z siedzibą w Krakowie. Zarząd Okręgu składa się z Zarządu Obwodu krakowskiego i przewodniczących oraz sekretarzy pozostałych Obwodów, zaś Wydziałem Wykonawczym Okręgu jest na razie Zarząd Obwodu krakowskiego.

Okręg organizuje dalsze Obwody na terenie województw krakowskiego i rzeszowskiego w przekonaniu, iż utworzenie jednolitej i zwartej organizacji jest sprawą pilną i ważną dla społeczeństwa i świata lekarskiego.

Obwód krakowski uzyskał już rejestrację w Wojew. Komisji Związków Zawodowych jako Związek Zawodowy. Obecnie idzie o zapewnienie Związkowi Lekarzy pełnej samodzielności i niezależności. Niebezpiecznym i wprost zgubnym byłoby pogrążenie lekarzy w Zawodowym Związku Pracowników Służby Zdrowia, grupującym rozmaite siły pomocnicze tak czy inaczej związane z działalnością lekarzy i ich terenem pracy. Stanowisko to uzasadnione zostało w piśmie do Centr. Kom. Związ. Zaw. w Warszawie.

Władze administracyjne zwracają się już do Zarządu Związku Lekarzy R. P. o opiniowanie kandydatów na stanowiska w służbie zdrowia. Opinia Związku uwzględnia poziom fachowy kandydata, jego oblicze moralne i jest dla władz gwarancją trafnego wyboru.

Wojewoda krakowski zatwierdził propozycję Związku o 20 krotnym mnożniku cennika, który obowiązywał na obszarze Województwa krakowskiego w r. 1938. Cennik ten ma moc obowiązującą na wypadek nie zawarcia z lekarzem umowy przez pacjenta o inną należność. Najniższe stawki ustalone w cenniku należy pobierać: a) jeżeli do zapłaty obowiązana jest osoba uboga lub Związek Ubogich, b) jeżeli koszta ponosi Państwo, inst. ubezpieczeń społecznych, zakład dobroczynny i samorządy w wykonywaniu ustawowej opieki społecznej. Od tych najniższych stawek mają prawo wymienione wyżej osoby i instytucje pobierać 25%

Obwód krakowski interweniował w sprawie dopuszczenia jego przedstawicieli do Miejskiej Rady Narodowej i oczekuje na wynik. Delegat Okręgu krakowskiego zasiada już w Wojew. Radzie Narodowej.

Statut. — Prace nad zmianą statutu są w toku. Wyniki będą wymagały zatwierdzenia przez Walne Zebranie.

Obwód we Wrocławiu. Dnia 3. VII. br. zgłosił dr Witold Adamek utworzenie Obwodu Związku Zaw. Lekarzy R. P. we Wrocławiu. Zarząd: przwod. dr Witold Adamek, sekr. dr Dzioba, skarbnik dr Bohdanowicz, czł. Zarządu: dr Trojanowski, dr Bojhut. Delegaci do Okręgu: dr Gierszewski i dr Piotr. Ilość członków Obwodu wynosi dotychczas 35 lekarzy.

W Krośnie powstał Obwód Związku Zaw. Lekarzy R. P. — W stadium organizowania jest Obwód obejmujący Nowy Sącz, Limanową i Krynicę.

Z ŻYCIA SEKCJI

Sprawozdanie z Sekcji medycyny społecznej z 14 maja 1945

Dnia 14 maja 1945 r. odbyło się organizacyjne zebranie Sekcji Medycyny Społecznej przy Związku Lekarzy R. P. w Krakowie.

Zebranie zagaił z ramienia Zarządu Z.L.R.P. kol. Marcinkowski, kładąc szczególny nacisk na konieczność włączenia się również lekarzy w nurt dojrzewających na całym świecie wielkich przemian oraz podnosząc, że tryumf medycyny społecznej musi w konsekwencji sprowadzić niebywały wzrost wpływu świata lekarskiego na ukształtowanie się życia społecznego na każdym prawie polu.

Po objęciu przewodnictwa zebrania przez prof. M. Rutkowskiego i odczytaniu porządku dziennego referat „O przesłankach ideologicznych współczesnej służby zdrowia" wygłosił kol. Stanisław Lifszyc.

Jako wstępne założenie wysunął prelegent to, że spostrzegane wszędzie dążenia ku zdemokratyzowaniu naszego życia w sensie tworzenia równych dla wszystkich obywateli szans awansu i startu społecznego implikuje w sobie postulowanie prawa każdej jednostki do zagwarantowanej przez społeczeństwo pomocy lekarskiej. W ramach uspołecznionej gospodarki może i musi się znaleźć miejsce dla upowszechnionej służby zdrowia.

Drugie podstawowe założenie ujmuje prelegent w twierdzeniu, że uspoł. służba zdrowia uwarunkowana jest potrzebą zwalczania dezorganizacji i anarchii zachwaszczającej dziedzinę lecznictwa. Sprzeczności rozsadzające również świat lekarski, jak np. chaos w dziedzinie „podaży i popytu" (lekarze bez pacjentów po miastach, zaś chorzy bez lekarzy na wsi), lub kontrast między zorientowaną na zdrowego człowieka medycyną teoretyczną, a wzmagającą się komercjalizacją niektórych środowisk lekarskich (już nie mówiąc o jaskrawej dehumanizacji medycyny praktycznej w krajach faszystowskich), dadzą się usunąć jedynie w drodze planowego zorganizowania powszechnej służby zdrowia, podporządkowanej potrzebom ogółu, a nie motywowi zysku.

Po trzecie: żądanie uspołecznienia służby zdrowia zdeterminowane jest przez rozwój samej medycyny jako nauki. Ewolucja tej ostatniej wyznacza olbrzymią rolę nowoczesnej profilaktyce, która z kolei, z racji rozległości swoich celów i zadań, zapładnia szereg innych dziedzin polityki socjalnej ideologicznymi przesłankami uspołecznionej służby zdrowia.

Po czwarte: wzrost kultury zdrowia w szerokich warstwach ludowych jest funkcjonalnie związany

z rozbudową uspoł. służ. drowia. W konsekwencji przybywa więcej placówek lekarskich. Poza tym medycyna społeczna przestaje być zagadnieniem obchodzącym wyłącznie lekarzy. Jeśli rozwój życia nowoczesnego nie jest do pomyślenia bez lekarza, to — z drugiej strony — oswoić się musimy z tym, że rozkwit urządzeń uspoł. służby zdrowia nie może się obejść bez wydatnej pomocy konsumentów pomocy lekarskiej.

Wreszcie, uspołecznienie służby zdrowia, ożywczo zgalwanizuje naszą deontologię. Lekarz — należycie oczywiście zabezpieczony w swoich potrzebach — z czasem wielce zyska na powadze i godności w nowym, wolnym od kramikarstwa i cennika klimacie.

Prelegent omówił w końcu objektywne przeszkody leżące na drodze urzeczywistnienia racjonalnego lecznictwa masowego (mała liczba lekarzy i ich fatalne rozmieszczenie) oraz zanalizował właściwe motywy i tło zwróconych przeciw nowym prądom zarzutów) zaczerpniętych z osławionej trylogii ideologicznej: bezpośredniość kontaktu chorego z lekarzem, nieograniczony wolny wybór lekarza i zachowanie tajemnicy lekarskiej).

Sprawę regulaminu Sekcji referował kol. Marcinkowski.

W wyniku dyskusji, w której głos zabierali prof. Rutkowski, kol. Gołąb, Sokołowski, Smoluchowski i referenci, uchwalono regulamin i wybrano kierownictwo Sekcji w osobach kol. Lifszyca, Marcinkowskiego i Swata.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

OD REDAKCJI

Wydarzenia wojenne i terror okupanta niemieckiego rozerwały łączność świata lekarskiego, a trudności wydawnicze i komunikacyjne utrudniają jej ponowne nawiązanie.

Redakcja zwraca się tedy do ogółu Kolegów z odezwą o nadsyłanie jak najobfitszego materiału publikacyjnego na następujące tematy:

Dzieje świata lekarskiego w dobie okupacji i na przełomie; historia zakładów leczniczych, uzdrowisk, instytutów naukowych, organizacji i towarzystw lekarskich itd.; praca podziemna lekarzy; spostrzeżenia z obozów koncentracyjnych i więzień (z punktu widzenia lekarskiego); *dokumenty hańby niemieckiej medycyny* (zachowanie się niemieckich lekarzy, doświadczenia „naukowe" nad więźniami itp.), możliwie z podaniem miejsca, czasu, nazwisk i innych danych odnoszących się do zbrodniczej działalności władz okupacyjnych i lekarzy niemieckich. Cenny materiał stanowić będą również doświadczenia, spostrzeżenia i ważniejsze przypadki z praktyki lekarskiej wykonywanej w najtrudniejszych warunkach wojennych i powojennych, przy braku zasadniczych środków leczniczych (np. insuliny), zajęciu najlepszych zakładów leczniczych. Zielarstwo lecznicze. Spostrzeżenia co do pojawienia się i znikania chorób zakaźnych. Wreszcie spostrzeżenia i wnioski dotyczące miejscowych i ogólnych potrzeb zdrowotnych i eugenicznych kraju.

Przy pomocy ogółu Kolegów Redakcja ma nadzieję zapełnić numery pisma bogatą treścią, zaspokoić długotrwały głód lekarskiego słowa i informacji, przyczynić się do odbudowy łączności i współpracy w zawodowym życiu lekarskim.

Z POLSKIEJ AKADEMII UMIEJĘTNOŚCI

Na pierwszym od lat sześciu publicznym zgromadzeniu P. A. U. ogłoszono listę strat poniesionych przez Akademię obejmującą 70 nazwisk, wśród nich wielu uczonych światowej sławy zmarłych śmiercią męczeńską w niemieckich obozach koncetracyjnych. Na Wydziale lekarskim P. A. U. zmarło 12 członków czynnych:

1. Adolf Beck
2. Emil Godlewski
3. Kazimierz Kostanecki
4. Roman Nitsch
5. Witold Nowicki
6. Kazimierz Orzechowski
7. Leon Wachholz
8. Mieczysław Konopacki
9. Edward Loth
10. Jerzy Modrakowski
11. Hilary Schramm
12. Marian Franke

tudzież pięciu członków korespondentów:

1. Michalina Stefanowska
2. Franciszek Giedroyć
3. Roman Rencki
4. Marian Gieszczykiewicz
5. Stefan Pieńkowski

Na Wydziale lekarskim P. A. U. dokonano obioru nowych członków. Wybrani zostali na członków czynnych krajowych:

1. Franciszek Czubalski, prof. fizjologii
2. Witold Kapuściński, prof. okulistyki
3. Włodzimierz Koskowski, prof. farmakologii doświadczalnej
4. Karol Mayer. prof. radiologii lekarskiej
5. Jan Olbrycht, prof. medycyny sądowej
6. Franciszek Walter, prof. dermatologii i wenerologii

Na członków korespondentów krajowych:

1. Antoni Jurasz, prof. chirurgii
2. Andrzej Klisiecki, prof. fizjologii
3. Józef Kostrzewski, prof. ostrych chorób zakaźnych
4. Alfons Krause, prof. chemii
5. Jan Miodoński. prof. chorób uszu, nosa i gardła
6. Edward Niezabitowski, prof. biologii
7. Kazimierz Opoczyński. b. prof. anatomii patolog.
8. Zenon Orłowski, b. prof. diagnostyki i terapii ogólnej chorób wewnętrznych
9. Aleksander Oszacki, prof. medycyny wewnętrznej
10. Ludwik Paszkiewcz, prof. anatomii patalog.
11. Stanisław Sierakowski, doc. bakteriologii

Habilitacje na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego

Veniam legendi uzyskali: na posiedzeniu Rady Wydziału z dn. 25/IV br. Dr. Zbigniew Oszast, z zakresu dermatologii, wenerelogii i fizykolecznictwa. — Na posiedzeniu z dnia 27/VI b. r. Dr. Mieczysław Kubiczek, z zakresu medycyny wewnętrznej.

POLSKI CZERWONY KRZYŻ
LECZNICA W ZAKOPANEM
ZMIANA WARUNKOW PRZYJĘCIA CHORYCH W ZAKOPANEM

W Zakopanem mogą byç przyjmowani chorzy potrzebujący leczenia wysokogórskiego na następującyeh warunkach:

1. Wskazania lekarskie,
2. Wkładka członkowska P. C. K. 5 zł miesięcznie,
3. Taksa dzienna 30 zł płatna z góry za miesiąc,
4. Własne dożywienie, które dziś kalkuluje się około 100 zł dziennie (pomoc w dostarczaniu środków żywności zabezpieczona przez nasze opiekunki społeczne),
5. Przyniesienie własnej pościeli i bielizny pościelowej osobistej, a więc conajmniej: poduszkę, 3 prześcieradła, 2 poszewki, koc, 2 ręczniki, 2 zmiany bielizny osobistej,
6. szczoteczkę do zębów, mydło itp.,
7. Dorośli przyjmowani będą na Oddział płucny szpitala miejskiego „Warszawianka“ i do Szpitala P. C. K. w Poroninie. Dzieci zaś do 12 lat do Sanatorium Uniw. Jagiellońskiego na Bystrem. Te ostatnie skierowuje tylko ambulatorium kliniki chorób dziecięcych Uniw. Jagiell. Kraków, gdzie wszelkie dzieci muszą być uprzednio zbadane i uzyskać skierowanie.
8. Chorzy zgłaszać się muszą do Dyrekcji Sanatorium P. C. K. Zakopane, gdzie też można otrzymać wszelkie informacje i kierować całą korespondencję i przesyłać pieniądze jak i inne.

Dyrektor
podpis nieczytelny mp.

OD ADMINISTRACJI

Celem rozesłania okazowych numerów „Przegladu Lekarskiego“ Administracja zwraca się do wszystkich Kolegów zamieszkałych poza Krakowem z prośbą o przesłanie swoich dokładnych adresów, z podaniem miejscowości, urzędu pocztowego, ulicy i nru domu. Konieczne jest również podawanie dokładnego adresu przy wpłacaniu prenumeraty przez P. K. O. lub przekazem pocztowym.

Administracja zwraca się również z prośbą do PP. Lekarzy powiatowych, aby w wykazach nadsyłanych Izbom lekarskim podawali dokładne adresy lekarzy.

WARUNKI PRENUMERATY

Członkowie Krakowskiego Twa Lekarskiego otrzymują pismo po cenie kosztów wydawnictwa, tj. kwartalnie 150 zł. Dla innych prenumerata kwartalna 180 zł. Cena pojedynczego egzemplarza poza prenumeratą 40 zł.

Prenumeratę należy zgłaszać w Administracji „Przeglądu Lekarskiego“ w Krakowie ul. Krupnicza 11 a, m. 13, tel. 543-16.

Regulamin ogłaszania prac

1. Prace należy nadsyłać możliwie w formie maszynopisów. Zapisywać należy 1 stronicę arkusza. Rękopisy trudno czytelne będą Autorom zwracane.

2. Nazwiska autorów należy w pracach wypisywać rozstrzelonym drukiem, a nazwy w obcych językach podkreślać linią falistą (oznacza „kursywę“).

Z uwagi na koszta nakładu należy możliwie unikać układu tabelarycznego tam, gdzie nie wpłynie to ujemnie na przejrzystość tekstu.

3. Autorzy oryginalnych prac naukowych otrzymują bezpłatnie 20 egz. odbitki.

4. Prace nadsyłać należy wprost do Redakcji „Przeglądu Lekarskiego“ w Krakowie, ul. Krupnicza 11 a, m. 13, tel. 543-16.

Rok I Seria II Kraków Nr 2 (15 lipca 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11 a
Tel. 543-16
Konto P. K. O. Nr IV-310

Komitet Redakcyjny: przew. prof. dr J. Kostrzewski
Czł.: prof. dr. St. Ciechanowski, dr J. Gołąb. dr J. Hozer, prof. dr. M. Rutkowski, prof. dr Fr. Walter — Kraków, doc. dr J. Przesmycki — Łódź

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie
Redaktor odpowiedzialny: dr J. Hozer

Rok I Seria II Kraków Nr 2 (15 lipca 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11a
Tel. 543-16
Konto P. K. O. Nr IV-310

Komitet Redakcyjny: przew. prof. dr J. Kostrzewski, Czł.: prof. dr St. Ciechanowski, dr J. K. Gołąb, dr J. Hozer. prof. dr M. Rutkowski, prof. dr Fr. Walter — Kraków, doc dr Z. Przesmycki — Łódź

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie Redaktor odpowiedzialny: Dr J. Hozer

KAZIMIERZ KOSTANECKI

Kazimierz Telesfor Kostanecki pochodził z rodziny o pięknej tradycji[1]) i wybitnych zdolnościach[2]). Urodził się w ojczystym Myszakowie w Kongresówce 25. XII. 1863 r. Przeszedłszy gimnazjum w Poznaniu, przez rok w Berlinie uczęszczał na prawo, a potem na medycynę i już w r. 1886 otrzymał złoty medal wydziału lekarskiego berlińskiego za konkursową pracę anatomiczną. Kształcił się głównie pod kierunkiem znakomitego profesora Waldeyera, którego asystentem został w r. 1889. Pierwsze badania Kostaneckiego dotyczyły właściwej anatomii opisowej; rozszerzył je wkrótce na anatomię porównawczą i zboczenia rozwojowe w znakomitych pracach na temat tych zboczeń w okolicy gardła, głowy i szyi. We Wrocławiu był przez rok asystentem fizjologii, skąd powołano go w r. 1891 do Giessen na stanowisko prosektora. Od tego czasu ogłosił szereg pierwszorzędnych badań nad subtelnymi szczegółami budowy i czynności komórki i jej podziału, przy czym pierwszorzędną wartość miało stwierdzenie, że obok protoplasmy i jądra, trzecim stałym bardzo ważnym składnikiem komórki jest centrosom i że podział komórki jest wynikiem jedynie mechanicznego kurczenia się promieni protoplasmatycznych.

Badania zawiłych stosunków podziału jaj jeżowców pod wpływem samych tylko czynników chemicznych i fizycznych, postawiły Kostaneckiego w rzędzie najwybitniejszych współczesnych cytologów i zjadnały mu rychło uznanie w postaci honorowych doktoratów pięciu uniwersytetów, w tym trzech zagranicznych oraz najwyższych odznaczeń i wyboru na członka honorowego mnóstwa towarzystw naukowych.

Szczytem jednak prac naukowych Kostaneckiego była ostatnia jego wielka publikacja o kątnicy i wyrostku robaczkowym w całym świecie zwierzęcym. Jest to praca podstawowa, oparta na nieprzewyższonym przez nikogo, bogatym, z trudem zebranym materiale, która prześciga wszystko, czego w tej mierze dokonano.

Wszystkie prace naukowe Kostaneckiego cechuje nadzwyczajna jasność i przejrzystość, niezwykła — rzekłbyś prawnicza — ścisłość określeń i wniosków i znakomita konstrukcja. Obok tego miał jednak Kostanecki dar bogatej i wykwintnej formy językowej, objawiającej jego wielkie zamiłowanie piękna w rozmaitych przemówieniach i życiorysach znakomitych uczonych polskich, oraz w jego działalności nauczycielskiej.

Rozpoczął ją w Krakowie, powołany tutaj w r. 1891 zrazu na katedrę anatomii porównawczej, a w r. 1894 na katedrę anatomii opisowej, z którą łączył zrazu wykłady embriologii. Do Krakowa przywiózł on ożywczy prąd nauki zachodnio-europejskiej, zreformował tutaj gruntownie sposób nauczania anatomii, rozbudował zakład, ułatwił w rozmaity sposób młodzieży uczenie się, która też widziała w nim swego szczerego opiekuna i uprosiła go na kuratora swej Bratniej Pomocy i Biblioteki.

Można śmiało powiedzieć, że stał się najulubieńszym profesorem młodzieży. Nadto starał się wcześnie najtęższym ze swych asystentów i uczniów stworzyć w swoim zakładzie osobne oddziały dla samodzielnej pracy, jak profesorowi Bochenkowi, profesorowi Emilowi Godlewskiemu młodszemu, dla którego wystarał się o osobną katedrę embriologii i biologii, jak Maksymilianowi Rosemu, wybitnemu znawcy cyto-architektoniki mózgu.

Obok własnych zasług czysto naukowych, zasłużył się Kostanecki niezwykle w organizacji polskiej nauki lekarskiej, a to organizując znakomicie IX Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie w r. 1900, reorganizując ustrój tych zjazdów,

[1]) Przodek Kazimierza, Telesfor, szef szwadronu pod Samosierrą, potem pułkownik 4 pułku ułanów, walczył do ostatka i zginął w r. 1813.

[2]) Brat Kazimierza, Stanisław, znakomity chemik, był profesorem uniwersytetu w Bazylei, brat Antoni, ekonomista, profesorem we Fryburgu szwajcarskim, a potem w Warszawie.

podwajając ruch naukowy w Towarzystwie Lekarskim Krakowskim, któremu dwukrotnie przewodniczył, a przede wszystkim doprowadzając do wzbogacenia Akademii Umiejętności Wydziałem Lekarskim przez złączenie z nią warszawskiej Akademii Lekarskiej. Równie czynny był też w Akademii Umiejętności. Należąc do niej już od roku 1896, wszedł wkrótce do Zarządu, w r. 1919 wybrany został sekretarzem generalnym, a w r. 1929 prezesem, osiągając w ten sposób najwyższe stanowisko w nauce polskiej.

Zalety charakteru i umysłu Kostaneckiego sprawiły, że w czasie wojny światowej, w najtrudniejszych dla Uniwersytetu Jagiellońskiego czasach, powierzono mu urząd rektora, a równocześnie też pierwszego wiceprezydenta miasta. W tym czasie współdziałał Kostanecki czynnie i wydatnie w Komitecie Książęco-Biskupim, niosącym pomoc ofiarom wojny.

W stosunkach osobistych był Kostanecki wzorem dżentelmena w najlepszym tego słowa znaczeniu.

Zdawało się, że pod koniec życia los zapewni Kostaneckiemu zasłużony wypoczynek. Wbrew tej nadziei, stracił nagle w katastrofie samolotowej żonę i ukochanego syna, a wnet potem wolność osobistą i wolność ojczyzny.

By się nie ugiąć, nie załamać, nie zwątpić, trzeba tak stalowego hartu ducha, jaki miał Kostanecki, do końca, jakby jaki „Książę niezłomny“, pocieszający i podtrzymujący towarzyszy w obozie w Sachsenhausen. To też wśród strat, poniesionych przez Uniwersytet Jagielloński, jest to może najcięższa, a pamięć o tym niepospolitym Mężu nie powinna nigdy zaginąć.

Prof. dr Stanisław Ciechanowski

WYKŁAD KLINICZNY

Dr TADEUSZ GIZA Kraków

Chemia w służbie medycyny

Nowe środki walki z zakażeniami *)

Jeżeli odkrycie sulfanilamidowych związków stanowi w dziejach walki z mikrobami jedną z najpiękniejszych zdobyczy medycyny, to prowadzone w trudnych warunkach wojennych badania lekarzy i chemików angielskich nad ciałami czynnymi przeciwko zarazkom a pochodnymi pewnych grzybków, pochlubić się mogą nie mniejszym sukcesem i stanowią nowe wielkie dobrodziejstwo dla nękanej chorobami ludzkości.

Już dawno znane było bakteriologom działanie prątka zielonej ropy *(bac. pyocyaneus)* powstrzymujące na pożywce rozwój innych mikrobów, jak lasecznika wąglika, pałeczki Löfflera, przecinkowca cholery, ropotwórczych ziarenkowców i innych. Okazało się, że czynną była tu pyocyanaza, którą później próbowano wyosabniać, a nawet stosować w celach leczniczych, ale tylko miejscowo, np. w zmianach błoniczych. Podobne próby robiono następnie z gramicydyną i tyrocydyną, otrzymanymi z *bac. brevis*, tudzież z chlororafiną, pochodną *bac. chlororaphis*. Ale dopiero penicylinie przypadło zaszczytne miejsce młodszej siostry sulfanilamidowych związków.

Odkrywcą penicyliny jest Aleksander Fleming, profesor bakteriologii w Londynie. Jeszcze w r. 1928 zauważył on, że zanieczyszczona pleśnią, pędzlikiem, *penicillium notatum*, hodowla gronkowca złocistego na płytce Petri'ego nie rozwijała się i obumierała. Harold Raistrick, profesor biochemii w Londynie, pierwszy badał warunki rozwoju i chemizm grzybka. Kiedy koledzy z fakultetu medycznego uchylili się od doświadczeń na materiale klinicznym, ogłosił on w r. 1932 wyniki swoich badań nad penicyliną i zaniechał dalszej pracy w tym przedmiocie. I byłaby cała sprawa poszła w niepamięć, gdyby nie profesor patologii w uniwersytecie oksfordzkim Florey, który w 7 lat później, w r. 1939, w ciężkich warunkach wojennych podjął wespół z drami Abraham'em, Chain'em i Heatley'em trud wypróbowania działania penicyliny na materiale zwierzęcym i ludzkim. Ponieważ nękana nieustającymi bombardowaniami Anglia nie stwarzała w owym czasie odpowiednich warunków dla tego rodzaju badań, Florey skorzystał z zaproszenia Fundacji Rockefellerowskiej i wraz z drem Heatley'em wyjechał w lecie 1941 roku do Stanów Zjednoczonych. Tu nawiązał łączność z Karolem Thom'em, głośnym w świecie badaczem i znawcą pleśni, autorem obszernej monografii o pędzelkowcach, w której opracował z górą 600 odmian tego grzybka.

Największą bolączką była nikła wydajność dotychczasowych sposobów wyosabniania penicyliny. Mikrobiologowi Moyer'owi udało się zwiększyć ją dziesięciokrotnie przez dodatek kiełkujących ziarn zboża; potem zamiast kiełków zbożowych stosowano z jeszcze lepszym skutkiem otręby zbożowe. *Penicillium notatum*, które w przyrodzie porasta spróchniałe gałęzie krzewu hizopu (szczególnie obficie w Norwegii) tworzy na żelatynie niebiesko-zielonkawe kolonie z białym obrąbkiem. Pędzlik ten rośnie tylko w atmosferze tlenowej; optimum temperatury waha się około 25° C, w niższych temperaturach rośnie wolniej, przy 37° wzrost ustaje. Drożdże pobudzają rozwój grzybka.

W pracowniach badawczych hoduje się pleśnie w probówkach albo na płytkach Petri'ego, używając jako pożywki żelatyny, agaru czystego lub z dodatkami, bądź płynnych mediów według recept podanych przez różnych autorów. Np. w ZSRR — gdzie rozpowszechniła się hodowla *penicillium crustosum* — używa się mięsno-peptonowego bulionu z dodatkiem glu-

*) w/g wykładu wygłoszonego w Krakowskim Towarzystwie Lekarskim 4 lipca 1945 r.

kozy (4%) i wyciągu drożdży (5%), albo pożywki Czapek'a-Dox'a. W przemyśle robi się to — naturalnie — na wielką skalę. Ale i tutaj hodowla pędzlika miała już swoje tradycje. W wytwórniach sera znano i stosowano oddawna pewne jego odmiany, np. *penic. camemberti*, *penic. roqueforti* i in. Dla celów farmaceutycznych hodowle zakłada się w wielkich kadziach. Zawartość ich sączy się na filtrach albo wiruje; z przesączu zawierającego ślady penicyliny wyciąga się ją w niskiej temperaturze eterem, chloroformem, octanem amylowym, wytrząsa z wodnym roztworem węglanu sodowego i po zamrożeniu suszy. Otrzymany tym sposobem produkt jest sodową solą umiarkowanie silnych kwasów organicznych. Oczyszcza się go na drodze tzw. chromatografii, która jest wykorzystaniem zjawiska, że różne związki chemiczne wykazują odmienne powinowactwo do jednych i tych samych ciał pochłaniających np. węgla aktywnego, ziemi okrzemkowej i in. Krystaliczną penicylinę otrzymali pierwsi Mac Phillamy i Wintersteiner.

Penicylina rozpuszcza się w eterze, octanie amylowym, alkoholu, acetonie, chloroformie, czterochlorku węgla. Jest ciałem higroskopijnym, tak samo jej sole: sodowa, potasowa, amonowa i inne z wyjątkiem wapniowej i barowej. Na powietrzu traci swoje własności, absolutnie sucha czynna jest w ciągu 24 godzin. Ogrzewana wydziela bezwodnik kwasu węglowego. Jest czuła na działanie ciał utleniających, w mniejszym stopniu redukujących. Sól barowa penicyliny zawiera według doniesień oksfordzkich 24 (albo 23) atomy węgla, 32 (albo 30) atomy wodoru, 10 (albo 9) atomów tlenu i 2 azotu. Amerykanie podają dla penicyliny wzór $C_{14}H_{19}O_6N$.

Synteza penicyliny trzymana jest w tajemnicy. W czasie wojny armia amerykańska położyła rękę na produkcji penicyliny. Rząd Stanów Zjednoczonych wybudował kosztem 20 milionów dolarów wspaniałe zakłady wytwórcze nastawione na dzienną produkcję 4—5 kilogramów. Są to ilości olbrzymie, jeżeli się zważy, że penicylina wstrzymuje rozwój gramo dodatnich mikrobów w rozcieńczeniu 1:100.000.000 *). Preparat dawkuje się w jednostkach oksfordzkich **), wyrażających się powierzchnią zatrzymanej w rozwoju sztucznej hodowli bakteryj na płytce. Jednostka oksfordzka odpowiada 0,6 mikrograma tj. sześciu dziesiątym milionowej części grama penicyliny krystalicznej. Dawki lecznicze wyrażone w jednostkach oksfordzkich są stosunkowo wysokie. Ciężkie przypadki posocznic gronkowcowych wymagają jednego miliona jednostek, przeciętna kuracja rzeżączki zużywa 100—150 tysięcy jednostek oksfordzkich.

Co do sposobu podawania chorym, to penicylina nie nadaje się do stosowania doustnego, gdyż kwas solny żołądka rozkłada ją. Trzebaby albo obniżyć stężenie jonów wodorowych dobierając odpowiednią dietę, albo podać równocześnie alkalizator np. dwuwęglan sodu. Nie należy również podawać penicyliny *per rectum*, gdyż kał działa na nią unieczynniająco.

*) Towarzysząca penicylinie penatyna ma działać w jeszcze większym rozcieńczeniu 1:400000000 (Kocholaty).

**) Za j. o. przyjęto najmniejszą ilość penicyliny w 50 cm^3 bulionu, wstrzymującą w określonych warunkach rozwój wzorcowego szczepu Nr 29 gronkowca złocistego.

Podskórnie i domięśniowo można stosować, ale tylko w dużych rozcieńczeniach, w przeciwnym razie spowodować może martwicę tkanek. Najodpowiedniejszy jest zastrzyk śródżylny. Ujemną stroną penicyliny jest jej szybkie wydzielanie się nerkami, dlatego chcąc utrzymać odpowiednie stężenie leku we krwi i sokach tkankowych, należy ponawiać dawki w krótkich odstępach czasu w ciągu dnia. Zaradzić temu mają estry penicyliny: etylowy i butylowy, które powoli hydrolizując w ustroju uwalniają penicylinę. Można je stosować doustnie i podskórnie, są jednak nieco jadowite.

Penicylina nie zabija zarazków, działa bakteriostatycznie, podobnie jak związki sulfanilamidowe. Tylko: 1⁰ działa energiczniej od nich, 2⁰ zwalcza gronkowca, czego ani *Cibazol* ani *Dagenan* ani *Tibatin'a* nie potrafią, 3⁰ działa w mniejszych stężeniach, 4⁰ w przeciwieństwie do sulfanilamidów ropa ani produkty rozpadu tkanek nie hamują jej czynności, 5⁰ jest *in vitro* mniej jadowita dla leukocytów.

Na czym polega bakteriostatyczne działanie sulfanilamidowych związków, a zatem i penicyliny? Według badaczy angielskich bakterie — podobnie jak ustroje wyższe i człowiek — potrzebują do prawidłowego przebiegu czynności życiowych witaminów. Takim najprostszym czynnikiem wzrostowym w świecie mikrobów jest kwas p-aminobenzoesowy (witamin H[1]) $H_2N\langle\quad\rangle COOH$. Bliski mu chemicznie kwas sulfanilowy $H_2N\langle\quad\rangle SO_3H$, pień macierzysty sulfanilamidów, jest jego antagonistą. Wypierając go i zajmując jego miejsce, ma powodować głód witaminowy, awitaminozę bakteryj. Energiczniej od kwasu sulfanilowego działa p-dwuaminobenzofenon $H_2N\langle\quad\rangle CO\langle\quad\rangle NH_2$, jeszcze silniej sulfanilamid $H_2N\langle\quad\rangle SO_2NH_2$, sulfapirydyna $H_2N\langle\quad\rangle SO_2NH\langle\overset{}{\underset{N}{\quad}}\rangle$, sulfatiazol $H_2N\langle\quad\rangle SO_2NH\langle\overset{N}{\underset{S}{\quad}}\rangle$. Od wymienionych skuteczniejszym jest z kolei p-dwuaminodwufenilosulfon $H_2N\langle\quad\rangle SO_2\langle\quad\rangle NH_2$ (którego dwugalaktozyd $C_6H_{11}O_5.HN\langle\quad\rangle SO_2\langle\quad\rangle NH.O_5H_{11}C_6$ znany jest w handlu pod nazwą *Tibatin'y*). Wreszcie najintenzywniej działającym z tej grupy środków jest p-dwuaminobenzil $H_2N\langle\quad\rangle CO.CO\langle\quad\rangle HN_2$.

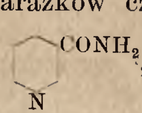
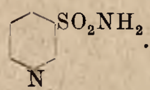
Nawiasem dodam, że mechanizm działania

anestezyny $H_2N\langle\quad\rangle COO.CH_2.CH_3$,

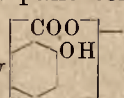
nowokainy $H_2N\langle\quad\rangle COO.CH_2.CH_2.N(C_2H_5)_2$,

atoksylu $H_2N\langle\quad\rangle As\begin{smallmatrix} {=}O \\ {-}OH \\ {-}ONa \end{smallmatrix}$

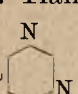
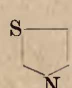
i innych środków leczniczych, pochodnych kwasu p-aminobenzoesowego jest prawdopodobnie ten sam, co sulfanilamidowych związków.

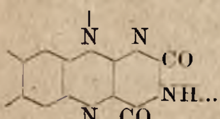
Innym czynnikiem wzrostowym, szczególnie dla gronkowca, prątka okrężnicy, zarazków czerwonki jest amid kwasu nikotynowego , znany składnik kompleksu B, chroniący przed pellagrą (i zespołem Ménière'a?). Jego antagonistą jest pirydynosulfonamid . Trzecim, również w drożdżach zawartym, jest kwas pantotenowy

$$HO.H_2C.C(CH_3)_2.CHOH.CO.NHCH_2.CH_2.COOH,$$

zapobiegający u szczurów m. in. siwieniu włosów, pełniący rolę witaminu dla całego szeregu bakteryj, z których niektóre np. pałeczka Löfflera, paciorkowce, gronkowce, prątek okrężnicy i duru brzusznego potrafią same go budować. Antagonistą jest kwas sulfonopantotenowy i — co ciekawsze — jon salicylanowy .

Nie tylko wymienione trzy witaminy wchodzące w skład kompleksu B, stanowią czynniki niezbędne dla prawidłowego rozwoju bakteryj, ale i pozostałe w liczbie sześciu (kompleks B ma się bowiem składać — jak wynika z ostatnich badań — z dziewięciu czynników), a mianowicie

4. Tiamina (w skład której wchodzi pirymidyna  i tiazol ), czynnik antineuralgiczny i antineurasteniczny (w świetle nowych badań neurastenia ma być hypotiaminozą).

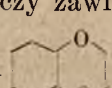
5. Ryboflawina (której rdzeń stanowi alloksazyna  czynnik regulujący przemianę cukrowców.

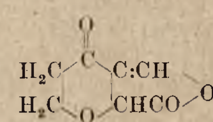
6. Pyrodoksyna, mająca zapobiegać postępującemu zanikowi mięśni *(dystrophia musculorum progressiva)* i zespołowi Parkinson'a (?)

7. Biotyn, dawny witamin H, chroniący przed łojotokiem.

I dwa ostatnie bliżej nieznane.

Otóż i wymienione dalsze składowe kompleksu B — w liczbie sześciu — pełnią rolę witaminów bakteryjnych. Jako *co*-fermenty biorą one udział w życiowo-ważnych procesach zaczynowych, łącząc się z białkowym *apo*-fermentem w *holo*-ferment — właściwe ciało czynne, np. aneuryna w karboksylazę, laktoflawina w żółty zaczyn oddechowy itd.

Ciekawym jest, że prątek gruźliczy zawiera barwik ftiokol, pochodny naftochinonu  i jak inne naftochinony obdarzony własnościami witaminu przeciwkrwotocznego K. Gruźlica świnki morskiej i lepra szczurza oddziaływują korzystnie na pochodne kwasu chaulmogrowego  $(CH_2)_{12}.COOH$, kwasu tłuszczowego otrzymywanego z podzwrotnikowych roślin, który jest bliski chemicznie kwasom tłuszczowym obecnym w ciele prątka Kocha. A wiemy, że szereg nienasyconych kwasów tłuszczowych wchodzi w skład witaminu F. Działanie preparatów chaulmogrowych polegałoby na wymianie tłuszczu prątka na tłuszcz leku.

Obok penicyliny duży rozgłos zyskała ostatnio patulina z *penicillium patulum Bainier*. Ma mieć ona tę wyższość nad penicyliną, że jest rozpuszczalna w wodzie i że skuteczniej zwalcza Gr—mikroby. Cząsteczka patuliny zawiera 7 atomów węgla, 6 wodoru i 4 tlenu . Stosuje się ją śródżylnie i miejscowo naskórnie i na śluzówki np. nosa i gardła w postaci rozpylań. Ma leczyć banalny katar dróg oddechowych.

Czyżbyśmy rzeczywiście dostali do ręki środki na najbardziej trapiące ludzkość choroby, czyżby naprawdę wystarczyło dzisiaj zażyć patulinowej tabaczki, by uwolnić się od kataru, wiszącego dotąd niby zmora nad naszymi głowami? Czyżby — jak twierdzą anglosascy badacze — ciała czynne przeciw zarazkom, pochodne pleśni leczyły nie tylko (jak sulfanilamidy) zapalenie płuc pneumokokowe, rzeżączkę, nagminne zapalenie opon mózgowych, zakażenia wywołane paciorkowcami i prątkiem okrężnicy, ale także posocznice gronkowcowe, dur brzuszny, zgorzel gazową, a nawet podobno kiłę? Odpowiedzi na te pytania udzieli niewątpliwie najbliższa przyszłość. Na razie można powiedzieć tylko jedno: Na przekór różnym malkontentom i sceptykom medycyna raźno kroczy naprzód, a postępy swoje zawdzięcza ostatnio w pierwszym rzędzie chemii, która dziś dostarcza jej środków do walki z zakażeniami, jutro rozwiąże i inne trapiące nas zagadki, bo do chemii należy przyszłość.

Prof. dr FR. K. WALTER — Kraków

O leczeniu oparzeń

Od stopnia i czasu działania gorąca na skórę zależy następowe zachowanie się zmian zapalnych. Ciepło wywołuje podrażnienie powłok skórnych, gorąco prowadzi do wystąpienia szkodliwych zmian nieraz głęboko sięgających w tkanki. Wilgotne ciepło większe może spowodować szkody niż suche.

Rodzaj oparzeń dzielimy na trzy stopnie, przy czym istnieją przejścia między pojedynczymi stopniami. Stopień I-szy, *Dermatitis combustiformis erythematosa* cechuje rumień i obrzęk, stopień II-gi

D. e. bullosa — charakteryzują pęcherze na rumieniach, różnej wielkości, o treści gęstej, zawierającej dużo włóknika. Objawy te wywołuje ciepłota od $50-80^0$. W zmianach III-go stopnia *D. escharotica* powstałych pod wpływem działania wysokiej ciepłoty — w następstwie krzepnięcia białka — ulegają martwicy tkanki, na głębokość większą lub mniejszą a także powstawać może zwęglenie. Zmiany te leczą się długo, po demarkacji martwiczych części tkanek i kończą się bliznami, nieraz ulegającymi przerostowi.

Przyczyny oparzeń mogą być różne: płomień, płyny gorące, pary, wybuch gazu, smoła, asfalt, gorące metale. Rokowanie zależy od rozległości miejsca oparzonego, przy czym duże znaczenie przypada stopniowi oparzenia. Przy oparzeniach całych powłok, śmierć następuje po upływie 2 do 7 godzin, przy oparzeniach ponad połowę w 3 do 12 godzin. W oparzeniach III-go stopnia zajmujących więcej niż jedną trzecią powierzchni ciała rokowanie jest bardzo niepomyślne — oparzenia jednej dwudziestej ciała nie przedstawiają niebezpieczeństwa. Wiek ma duże znaczenie przy ocenie niebezpieczeństwa. Im chory jest młodszy, tym rokowanie jest gorsze. Dzieci do 4-go roku życia zachowują się pod tym względem gorzej niż dorośli i to prawie trzy razy gorzej, a do 12-go roku życia prawie 2 razy. Obliczanie szans rokowania opieramy na zmianach trzeciego stopnia. Rozległość oparzeń drugiego stopnia musimy podzielić przez trzy — aby uzyskać powierzchnię zgodną z poprzednim warunkiem rokowania. Dziecko 8-letnie, które uległo oparzeniu drugiego stopnia na przestrzeni $20^0/_0$ powłok, podlega następującemu obliczeniu: $20^0/_0$ II-go stopnia obliczone na III-ci stopień $7^0/_0$; liczbę tę należy pomnożyć przez 2 — a więc oparzenie II-go stopnia u dziecka 8-mio letniego przewartościować należy na $14^0/_0$. Wymiar powierzchni oparzenia ma także znaczenie dla długości życia. W przypadkach oparzeń III-go stopnia zajmujących 1/11 powierzchni ciała śmierć następuje w $50^0/_0$. — 1/3 oparzenie III-go stopnia daje rokowanie zupełnie niepomyślne, a oparzenie 1/20 uważać należy jak wspomniano za zupełnie nie niebezpieczne. W ocenie procentowej rozległości oparzeń posługujemy się następującymi obliczeniami:

głowa — $5^0/_0$	przedramię — $3^1/_2{}^0/_0$
twarz — $2^0/_0$	ręka — $2^0/_0$
szyja — $2^0/_0$	udo i pośladek — $12^1/_2{}^0/_0$
grzbiet — $27^0/_0$	podudzie — $6^0/_0$
ramię — $5^0/_0$	stopa — $3^1/_2{}^0/_0$.

Oparzenia brzucha, narządów płciowych i twarzy — przebiegają na ogół ciężej. Podobnie rzecz ma się u kobiet w porównaniu z mężczyznami. Cięższym przebiegiem odznaczają się oparzenia parą niż suchym powietrzem.

W klinicznym przebiegu oparzenia można rozróżnić 3 okresy: okres wstrząsu (pierwsze 24 godziny), okres zatrucia (ostry do 5-go dnia, septyczny od 6-go) i okres powikłań lub wyleczenie. Pierwszy okres cechować mogą objawy podniecenia, potęgujące się aż do psychozy. Objawy ogólne zależą od obszaru uszkodzonego i stopnia oparzenia. Pojawiają się dreszcze, cieplota dochodzić może do 39^0, 40^0 i 41^0, występują wymioty, czkawka, ilość moczu zmniejsza się aż do zupełnego bezmoczu, tętno przyśpieszone, niskie ciśnienie krwi. Objawy powyższe nie występują w przypadkach lżejszych oparzeń I-go lub II-go stopnia, natomiast stosunkowo często w III-cim stopniu oparzenia, i to przede wszystkim w zależności od rozległości oparzenia. Jako powikłania występować mogą osutki toksyczne, zaburzenia ze strony serca i czynności nerek, zakażenia ran, róża, wrzody żołądka i dwunastnicy. Nawet może wystąpić i tężec. Dzieci i kobiety są więcej wrażliwe na powikłania.

Śmierć w następstwie oparzenia bywa wczesna, pierwotna lub późna, jako następstwo zatrucia. Teoria toksyczna, w połączeniu z teorią utraty wody i zagęszczenia krwi zdobyła sobie największe uznanie, jako przyczyna ciężkich objawów ogólnych i zejścia śmiertelnego. Jakiego rodzaju są te toksyny, jest to rzecz trudna do określenia. Przypuszczenie o powstawaniu histamin ulega ograniczeniom w świetle nowych badań — natomiast raczej zyskuje uznanie myśl o tworzeniu się toksycznych produktów wskutek denaturacji białka. Potwierdzają te przypuszczenia doświadczenia na zwierzętach, złączonych w parabiozę. Gdy jedno z nich zostaje silnie oparzone, u drugiego powstają analogiczne objawy zatrucia. Badania anatomo-patologiczne stwierdziły również zmiany w korze nadnerczy u oparzonych i zaburzenia w wydzielaniu ważnego dla czynności życiowych hormonu, co również może być przyczyną występowania ciężkich objawów ogólnych u oparzonych i zejścia śmiertelnego.

W przypadkach ciężkich oparzeń początkowo zwiększa się liczba czerwonych ciałek krwi, wskutek znacznej utraty wody, w dalszym przebiegu ulega ona obniżeniu wspólnie z obniżeniem się hemoglobiny. Pojawia się również leukocytoza, przy czym w rozległych oparzeniach stanowi ona niekorzystny objaw. Stwierdza się również zmiany toksyczne w ciałkach białych i przesunięcie na lewo. Protoplazma ciałek białych wykazuje bazofilię, powstawanie wodniczek, jądra wydają się rozluźnione. W ciałkach obojętnochłonnych pojawiają się nieregularne ziarnistości (fagocytoza części zniszczonych komorek) i to głównie w oparzeniach obejmujących $10-15^0/_0$ obszaru powłok skórnych, zazwyczaj między 2 a 4 dniem. W ciężkich oparzeniach, z pierwotną leukopenią, ziarnistości te nie wytwarzają się. Nagłe zwiększenie się ilości ziarenek — oceniać należy jako objaw niekorzystny.

Leczenie zależy od stopnia oparzenia i rozległości zmian. Pierwszej pomocy należy udzielić oparzonemu w taki sposób — aby następowe leczenie nie napotykało na trudności. Nie należy stosować tłuszczów — ani tak powszechnie używanego *Linimentum contra combustionis (Ol. lini, Aq. calcariae)* zwłaszcza zastarzałego, nie tylko bowiem utrudnia się leczenie taniną, ale można spowodować zakażenie obnażonych z naskórka miejsc. Stosować można lekko ściągający okład, $1^0/_0$ rozczyn ichtiolu lub $2^1/_2{}^0/_0$ tanniny. Można do tych celów użyć roztworu wodnego herbaty postępując w sposób następujący: 6 łyżeczek herbaty (herbata zawiera $16^0/_0$ taniny) gotuje się w 6 filiżankach wody przez 10 minut, poczym 4 warstwy czystych chusteczek zamaczanych w tym odwarze — przykłada się na miejsce oparzone.

Leczenie ogólne stosujemy w przypadkach ciężkich oparzeń. Jednak korzystniej jest każde rozle-

glejsze oparzenie, zwłaszcza u dzieci traktować również w ten sposób, jeżeli rozległość zmian przenosi u dzieci 5%, a u dorosłych 15% powłok skórnych. W ciężkich oparzeniach nie należy leczenia ogólnego przerywać zbyt szybko, ale stosować je także po ustąpieniu objawów toksycznych. Podawać należy *digitalis* (2—3 razy dziennie po 0,15), *strophantus*, środki podnoszące ciśnienie krwi jak *adrenalinę*, *sympatol*, w razie pogarszania się tętna *cardialol*, *kamforę*. Początkowo, zależnie od stanu chorego środki te podajemy podskórnie lub w postaci czopków, później doustnie. Nacisk należy kłaść na dowóz płynów w postaci kroplówek doodbytniczych z fizjologicznego roztworu soli kuchennej, wlewań dożylnych lub podskórnych. Ilość podawanego płynu powinna wynosić 3—5 litrów dziennie. Niezwykle wartościowym leczeniem ratującym niejednokrotnie życie jest przetaczanie krwi. Zabiegiem tym podniecamy narząd krwionośny, dostarczamy ustrojowi płynu, ciałek czerwonych i ciał odpornościowych. Również uzyskuje się działanie antytoksyczne i pobudzające siły obronne ustroju. Należy przetaczać krew świeżą przy zachowaniu wszelkich ostrożności. Ilość krwi przetaczanej powinna wynosić 250—500—600 cm^3. Zabieg ten należy zastosować jak najszybciej i to poraz wtóry i trzeci, stosownie do stanu chorego, zwłaszcza gdy występuje czkawka, wymioty, zamroczenie, niepokój ruchowy. Późnym przetaczaniem krwi nie można już opanować zatrucia. Przetaczanie krwi stosować można nawet 6 do 8 razy.

Znaczenie czynności nadnerczy dla rokowania oparzeń zdaje się dziś posiadać wybitne znaczenie, toteż podawanie hormonów kory nadnercza jest wskazane. Hormon kory nadnerczy wywiera wpływ korzystny na wiele czynności życiowych, na regulację ciepła, tworzenie się ciałek czerwonych krwi, podnosi przemianę materii i przemianę tłuszczową, znosi znużenie mięśniowe. Brak hormonu powoduje zaburzenie przemiany sodowo-potasowej, poziom potasu podnosi się, a sodu obniża (chlorku sodu). Powoduje to zachwianie równowagi jonów w tkankach i zaburzenia czynności tkankowych. Następuje zagęszczenie krwi, organizm bowiem traci zdolność rozcieńczania krwi. Doustne podawanie wody wzmaga wydzielanie moczu, lecz nie powoduje rozcieńczania krwi. Zaburzenia w czynnościach nadnerczy prowadzą dalej do obniżenia rezerwy alkalicznej krwi i do kwasicy, poziom azotu resztkowego krwi wzrasta, występuje niedomoga przemiany węglowodanowej. Ustrój staje się wrażliwy na zakażenia bakteryjne i na działanie toksyn. Zmiany te spowodowane toksycznym uszkodzeniem czynności nadnerczy w przebiegu ciężkich oparzeń — mogą również tłumaczyć nam powstawanie objawów ogólnych i śmierć po oparzeniu.

Najsilniejsze własności hormonu kory nadnerczy wykazała substancja zwana *kortikosteronem*. Hormony kory nadnerczy stosuje się podskórnie, codziennie.

Równocześnie wskazanym jest stosowanie *witamin C*. Leczenie powyższe oddaje wybitnie korzystne usługi — a nawet jak niektórzy autorowie podnoszą, ratuje życie w ciężkich oparzeniach. Polecają również wstrzykiwania dożylne glukozy.

Podzielone są zdania co do stosowania alkaloidów. Jednak wydaje się rzeczą odpowiednią, aby *morfinę* lub *opium* stosować tylko w przypadkach rokujących niepomyślnie celem ulżenia bólom, poza tym nie podawać alkaloidów, aby nie przyczynić się do pogorszenia ogólnego stanu oparzonych.

Odpowiednie odżywianie jest ważnym zagadnieniem dla oparzonych. Żołądek nie znosi większych ilości pokarmów i przychodzi łatwo do wymiotów. Przez pierwsze 2 dni można zastosować dietę głodową — podając niesłodzoną herbatę łyżeczkami, po czym nieco mleka z alkoholem, sok cytryny, kawę. Po trzech dniach, gdy nie ma skłonności do wymiotów, podawać można pożywienie płynne: herbatę z mlekiem, zupy, rosoły z wbitym jajkiem, kompoty, kaszki, a po sześciu dniach można przejść na pełne odżywienie. Stosowanie płynów jest wskazane.

Leczenie miejscowe taniną stosuje się obecnie powszechnie w oparzeniach II-go i przede wszystkim III-go stopnia, jako leczenie najpewniejsze. Po oczyszczeniu oparzonych powierzchni z resztek pęcherzy — rozpyla się 5% roztwór wodny *acidum tannicum* przy pomocy rozpylacza i umieszcza się chorego na jałowym prześcieradle pod płótnem rozpiętym na obręczach (w oparzeniach tułowia nie można stosować powyższego sposobu). Następnie co pół godziny, później co godzinę rozpyla się w dalszym ciągu taninę. Zamiast rozpylania możemy się posługiwać gazikami przepojonymi roztworem taniny, umieszczając je na miejscu oparzonym i co pół godziny polewając roztworem taniny. Na zewnątrz umieszczamy suchy opatrunek. Po 12 godzinach wytwarza się mocny skórzasty strup.

Zmiany opatrunków nie są konieczne, jedynie w razie bólów lub wystąpienia septycznej gorączki. W przypadkach zatrzymania się ropy, dokonuje się nacięcia w odpowiednim miejscu. W rzadkich przypadkach zachodzi konieczność usuwania większych części strupa.

Strup oddziela się po 10 dniach lub po 14 w przypadkach powierzchownych oparzeń III-go stopnia. W razie głębszych oparzeń III-go stopnia należy strup usunąć po 14 dniach, a nawet wcześniej, głębsze bowiem uszkodzone tkanki ulegają martwicy rozpływnej i należy stworzyć warunki dla odpływu wydzieliny.

Celem wytworzenia bardziej zbitego strupa, pędzlujemy miejsca oparzone 5% rozczynem azotanu srebrowego, po czym rozpylamy roztwór taniny. Po wytworzeniu się strupa można stosować 10% maść taninową — po czym już strup w najbliższych dniach oddziela się samorodnie.

Do leczenia następczego oparzeń — po oddzieleniu się strupów stosować należy *maść tranową* (50% *Ol. jecoris aselli*). Dla przyspieszenia ziarniny posługujemy się 2% maścią *pellidolową*, maścią z 1% *witaminem A (voganową)* lub 5% maścią *protargolową*. Jeżeli nie udaje się uzyskać odpowiedniej blizny, pokryć można ubytki zabiegiem chirurgicznym. Celem zapobieżenia blizn upośledzających ruchliwość członków, polecać należy wczesne wykonywanie ruchów biernych i czynnych w kąpieli.

Stosowanie kąpieli, zwłaszcza długotrwałych przy tym sposobie leczenia jest zbyteczne, poza tym kąpiele częste np. przy każdej zmianie opatrunków, okazać się mogą szkodliwymi dla pracy narządu krążenia.

Prof. dr W. BUJAK Kraków

Choroby układu siateczkowo-śródbłonkowego *)

Choroby układu siateczkowo-śródbłonkowego *(Reticulo-endothelioses)* dzielą się na dwie grupy, z których jedna obejmuje sprawy, zależne od zwykłego bujania komórek układu siateczkowo-śródbłonkowego, do drugiej grupy zaś zalicza się stany, połączone z nagromadzeniem pewnych ciał chemicznych w komórkach siateczkowo-śródbłonkowych; są to tzw. tezauryzmozy *(thesaurismoses)*.

A. Retikulo-endoteliozy zwykłe

Choroba Besnier-Boecka *(Granuloma benignum)* jest wywołana bujaniem komórek nabłonkowatych, tworzących guzki i nacieki, bez skłonności do rozpadu. Nacieki te mogą powstawać we wszystkich narządach, szczególnie w gruczołach zewnętrznych, w wątrobie, śledzionie, przy czym narządy te mogą się bardzo znacznie powiększać. Nacieki w płucach wywołują niekiedy obrazy, łudząco przypominające na płycie rentgenowskiej gruźlicę prosówkową, gruczoły wnękowe zaś mogą dochodzić do takich rozmiarów, że nasuwają podejrzenie guzów złośliwych śródpiersia. Usadowienie w kościach, zwykle w członach palców i krótkich kościach stopy i nadgarstka, wywołuje zgrubienia i torbielowate wyjaśnienia w obrazie rentgenowskim. Zmiany skórne występują albo jako nacieki, podobne do tuberkulidów, albo jako *lupus pernio*, w tkance podskórnej zaś jako tzw. *sarkoidy guzowate*, przypominające nacieki gruźlicze. Choroba ta zdarza się już u niemowląt, częściej u dzieci starszych, trwa kilka lat i kończy się przeważnie wyleczeniem samoistnym, bez pozostawienia śladów. Usadowienie jednak w narządach najwrażliwszych, np. w mózgu, może doprowadzić do zejścia niepomyślnego.

Rozpoznanie jest przeważnie trudne i wątpliwe bez badania wyciętej tkanki. Przy różnych daleko posuniętych zmianach stan ogólny zupełnie dobry, brak gorączki, brak wyraźniejszych zmian w krwi, ujemne próby tuberkulinowe, mogą naprowadzić na właściwe rozpoznanie.

Leczenie nieznane.

Choroba Letterer-Siwe'a, podobna do poprzedniej, znamionuje się powiększeniem śledziony, uogólnionym obrzękiem gruczołów chłonnych, krwotokami skórnymi, niedokrwistością i ubytkami kostnymi.

Anatomiczne zmiany polegają na przeroście komórek układu siateczkowo-śródbłonkowego w wątrobie, śledzionie, gruczołach, płucach i w szpiku kostnym, bez nagromadzenia lipoidów.

*) Wyjątek z II wydania „Zarysu Pediatrii" mającego się wkrótce ukazać.

B. Tezauryzmozy

Splenomegalia Gaucher'a występuje zwykle rodzinnie, jakkolwiek nie dziedzicznie i już we wczesnym dziecięctwie objawia się bardzo znacznym powiększeniem śledziony, później zaś, w mniejszym stopniu, wątroby oraz brudno-żółtą pigmentacją skóry; gruczoły chłonne zewnętrzne nie ulegają wybitniejszemu powiększeniu. W krwi stwierdza się leukopenię, później niedokrwistość o typie niedobarwnym i małopłytkowość. Zmiany anatomiczne polegają na bujaniu dużych komórek pęcherzykowatych (komórki Gaucher'a), pochodzących z układu siateczkowo-śródbłonkowego, głównie w śledzionie, w wątrobie, w gruczołach chłonnych, szczególnie wewnętrznych, a także w szpiku kostnym. Powiększone komórki zawierają kerazynę, substancję lipoidową, należącą do cerebrozydów. Przy silniejszym bujaniu komórek w szpiku może przychodzić do zgrubienia kości długich i następowych złamań, nie okazujących żadnej skłonności do regeneracji. W ten też sposób powstaje niekiedy garb. Choroba trwa zwyczajnie kilkanaście lat i kończy się śmiercią z wyniszczenia i niedokrwistości ze skazą krwotoczną, wśród objawów nerwowych, jak sztywność mięśni, wzmożenie odruchów i podupadanie władz umysłowych.

Choroba Niemann-Pick'a *(Spleno- hepatomegalia lipoidocellularis)* jest cierpieniem wrodzonym, występującym przeważnie u dziewcząt i to głównie w razie semickiej. Objawy chorobowe ujawniają się już w pierwszych miesiącach życia: powiększenie śledziony, wątroby i gruczołów chłonnych. Skóra bywa zabarwiona szaro-żółto na twarzy i rękach i podobne zabarwienie przyjmują też twardówki. Rozwój fizyczny i umysłowy bywa z reguły powstrzymany. W krwi stwierdza się objawy niedokrwistości, przyspieszone opadanie krwinek czerwonych, hypocholesterynemię, lipemię i zmniejszenie ilości fosforu. Zmiany anatomiczne polegają na nagromadzeniu fosfatydów w powiększonych komórkach układu siateczkowo-śródbłonkowego, głównie w śledzionie, później w wątrobie, nadnerczach, nerkach i w mięśniu sercowym. Dzieci dotknięte tym schorzeniem giną najpóźniej w 2. roku życia wśród zaburzeń jelitowych podobnych do czerwonki i ogólnych obrzęków.

Choroba Tay-Sachs'a, cz. Niedołęstwo umysłowe rodzinne ze ślepotą *(Idiotismus amauroticus familiaris)* jest kliniczną odmianą choroby Niemann-Picka z głównym usadowieniem zmian degeneracyjnych w mózgu. Choroba ta występuje prawie wyłącznie w rasie semickiej. Rozpoczyna się rzadko przed 6. miesiącem życia, a pierwsze jej objawy polegają na postępującym podupadaniu wzroku, w związku ze zmianami na dnie oka: szarym zabarwieniu okolicy plamki żółtej z czerwonym punktem w zagłębieniu środkowym *(fovea centralis)*. Równocześnie dzieci stają się apatyczne, senne, a przy tym nadwrażliwe na bodźce słuchowe: nagły dźwięk wywołuje wzdryganie. W dalszym przebiegu rozwija się przytępienie umysłowe i osłabienie mięśniowe, obni-

żenie ciepłoty ciała, zanik nerwu wzrokowego, niedowłady wiotkie lub kurczowe, niekiedy wodogłowie miernego stopnia. Dzieci umierają przeważnie w 2-gim roku życia.

W postaci późnej, rozpoczynającej się między 4. a 14. rokiem życia, przebieg bywa dłuższy, a zmiany na dnie oka niecharakterystyczne.

Choroba Hand-Schüller-Christian'a należy również do lipoidoz, lecz usadowionych głównie w kościach płaskich czaszki, czasami w żebrach, miednicy i żuchwie. Anatomicznie stwierdza się złogi ksantomatyczne, utkane z wielkich piankowatych komórek, wypełnionych cholesteryną estryfikowaną.

Do typowego obrazu klinicznego należą: ubytki w kościach czaszki („czaszka mapiasta"), wytrzeszcz gałek ocznych, czasami jednostronny, i moczówka prosta. Cierpienie to rozpoczyna się zwykle w 2. roku życia, jest długotrwałe, z okresami samoistnej poprawy. Oprócz objawów wymienionych, często występują na skórze wykwity guzkowate i drobne wybroczyny, usadowione symetrycznie, oraz fizyczny niedorozwój (karłowatość). W pewnych przypadkach spostrzegano długotrwałe stany podgorączkowe. Skład krwi wykazuje hyperlipemię, przeważnie hypercholesterynemię, oraz monocytozę.

Leczenie lipoidoz jedynie w chorobie Hand-Schüller-Christiana może prowadzić do pewnej poprawy: naświetlanie Röntgenem przysadki i ubytków kostnych, ograniczenie w pokarmach tłuszczów i cholesteryny (jaja, móżdżek), przetwory tarczycy przy obniżonej przemianie podstawowej, oraz — przeciw objawom moczówki prostej — tylny płat przysadki mózgowej.

Choroba Gierke'go *(Glycogenosis, Hepatomegalia glycogenes)* polega na zaburzeniu w rozbudowie glykogenu, który gromadzi się głównie w wątrobie, a nadto w mięśniach, nerkach, mózgu i w innych narządach. Choroba jest wrodzoną, niekiedy rodzinną. Wstępne jej objawy, tj. bardzo znaczne powiększenie wątroby, ujawnia się przeważnie już w pierwszych miesiącach, rzadziej dopiero w 2. roku życia. Znamienne są tu zaburzenia przemiany węglowodanowej, jak acetonuria, hypoglykemia na czczo, hypercholesterynemia i nadmiar glykogenu w krwi, przedłużona i dwufazowa krzywa pokarmowa cukru w krwi, niedostateczne wzniesienie poziomu cukru po adrenalinie, a szybki wzrost po lewulozie.

U dzieci tych stwierdza się wyraźne powstrzymanie wzrostu, niedostateczny rozwój mięśni, brak podściółki tłuszczowej na pośladkach i udach. Śledziona bywa powiększona, w krwi przeważają limfocyty. Spostrzegano też nadmierne lub niedostateczne owłosienie.

Tłuszczowe powiększenie wątroby *(Hepatomegalia steatogenes)* występuje pod postacią rodzinną i wrodzoną, powoduje zatrzymanie wzrostu, różni się zaś od glykogenozy brakiem ketonurii i prawidłowym poziomem cukru w krwi, leżącym na czczo na dolnej granicy.

Leczenie obu ostatnich tezauryzmoz polega na naświetlaniu wątroby promieniami Röntgena.

ŚWIAT LEKARSKI W CZASIE OKUPACJI I NA PRZEŁOMIE

Prof. dr FR. KS. WALTER
Prezes Krak. Tow. Lekarskiego

Klęska domu Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego

Zarówno wychowankom Wydziału lekarskiego Krakowskiej Almae Matris Jagiellonicae jak też wielu kolegom lekarzom polskim — znany był Dom Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego. Budynek przy ul. Radziwiłłowskiej nr 4, skromny na zewnątrz, wywierał niezwykle artystyczne wrażenie na przebywających wewnątrz, sala bowiem posiedzeń i klatka schodowa wykończoną była podług projektów Stanisława Wyspiańskiego.

Myśl o wybudowaniu własnego domu Towarzystwa Lekarskiego skrystalizowała się w postanowienie w r. 1890, kiedy to na wniosek prof. Marsa wybrano pierwszą komisję budowy domu. Zbierano pieniądze wśród lekarzy i gdy w r. 1903 gmina Miasta Krakowa przychylając się do prośby Towarzystwa odstąpiła bezpłatnie parcelę przy ul. Radziwiłłowskiej, przystąpiono do budowy.

Zamierzenia ówczesnego krakowskiego świata lekarskiego dążyły do stworzenia własnego budynku, który by mieścił wszystkie stowarzyszenia lekarskie krakowskie i był domem czysto korporacyjnym. Stosownie do tych zamierzeń opracowano plany budowy, a zajęła się tym komisja złożona z drów: Bielańskiego, Gwiazdomorskiego, Kwaśnickiego, Lustgartena, Łepkowskiego i uproszonego spoza Towarzystwa nadradcy budownictwa Sarego, pod przewodnictwem prezesa Towarzystwa prof. dra Juliana Nowaka.

Projekt budynku był skromny, wnętrze natomiast miało być i wygodne i piękne. Zwrócono się z prośbą do Stanisława Wyspiańskiego, aby zechciał się zająć urządzeniem wewnętrznym domu, a mianowicie westybulu, sali posiedzeń i czytelni. Przedstawiono Wyspiańskiemu potrzeby Towarzystwa i środki, pozostawiając mu swobodę działania. Była to jedyna droga, jak zaznaczył ówczesny prezes Towarzystwa prof. Nowak, do osiągnięcia rzeczy pięknej i jednolitej. Ściany i sufity pozostawiono gładkie, usuwając wszelkie gzymsy i sztukaterie. Ściany i sufity ozdobionych przez Wyspiańskiego sal, pomalowano jednolitym kolorem i urozmaicono kwiatami stylizowanymi według kartonów Wyspiańskiego. Kolory użyte do malowania ścian nie były przypadkowe, lecz zostały dostrojone do barwy mebli.

Podstawę umeblowania sali posiedzeń stanowią

stołki. „Pragnęlibyśmy — pisał wówczas prof. Nowak — aby one były wygodniejsze i okazalsze niż stołek jest zazwyczaj, ale aby z drugiej strony nie były fotelami. Pan Wyspiański skonstruował nam stołki, które w zupełności czyniły zadość tym wymaganiom. Tej samej zasadniczej konstrukcji i z tymi samymi ozdobami z brązu są stoły. Wyróżnia się tylko swoim oryginalnym kształtem stół dla prelegenta".

Dookoła ścian ustawiono ławy mahoniowe w tym samym stylu co krzesła. Nad ławami zawieszono kilimki wykonane według szczegółowych wzorów Wyspiańskiego. Motyw kilimów to powtórzenie fryzu „z Kaczkowanych Krakowiaków", pokrywającego ściany sali. Jedną z krótszych ścian przecięła galeria, również mahoniowa, ozdobiona brązami.

Jedne z drzwi wykonano monumentalnie według rysunków Wyspiańskiego, a drzwi do czytelni zastąpiono kilimkową kotarą. Sufit czytelni zdobi wieniec róż, powtórzony własnoręcznie przez Wyspiańskiego w willi prof. Nowaka, a w czasie okupacji niemieckiej zamalowany — willa bowiem zajęta została na kasyno SS.

Z czytelni prowadzą na galerię schody małe, jednak monumentalne, przypominające powagą i prostotą rysunku Wyspiańskiego Bolesławową świetlicę.

Westybul tworzy niezwykle piękną całość. Pod sufitem fryz z gałęzi kasztanów, powtórzony w balustradzie schodów. Balustrada — to jedno z najpiękniejszych plastycznych dzieł Wyspiańskiego. Stylizowane liście kasztanu na przemian czarne i niebieskawo-białe, pęki kielichów kwiatowych, błyszczących złotym brązem i miedzią, dają całość wspaniałą, czarują pięknym rysunkiem i kontrastami barwy metali umiejętnie dobranych.

Wyspiański był nieporównanym mistrzem w rysowaniu kwiatów, to też ornamentacyjny układ kwiatów jest wspaniały i daje rzeczywistą syntezę rośliny. Nie są one naśladownictwem kwiatów, ale są to kwiaty żyjące życiem indywidualnym, a w układzie ich jest niemal artystyczna logika naśladująca rozkwitłe kwiecie kasztanu.

Środkowe duże okno westybulu poświęcono Kopernikowi w witrażu, dom bowiem przeznaczony był na przybytek polskich nauk przyrodniczych. Wyspiański nie rysował Kopernika, ale stworzył witraż „System Kopernika", godny wielkiego polskiego uczonego — monument.

„Na niebieskim tle przestworzy astronomicznych rysują się orbity jako stałe wytknięte szlaki, po których mają niezmiennie krążyć ujarzmione myślą wielkiego astronoma, światy. Pędzą więc po nich klasycznym pojęciem w ludzkie zaklęte postacie: stary Saturn, Jowisz, Mars, Merkury, a na dole witrażu przepysznie narysowana ziemia z księżycem i Venus. Nad rysunkiem panuje olbrzymi Apollo-Słońce. Przywiązany do lutni stoi nieruchomy, bo oto geniusz Kopernika zatrzymał Słońce-Apollina i zrobił go osią systemu słonecznego" (J. Nowak).

Wieszadła znajdujące się w westybulu wykonano również według pomysłu Wyspiańskiego. Lampy elektryczne przymocowane są do pięknych gwiazd ażurowych, skomponowanych przez Wyspiańskiego na motywach kryształów śniegowych, a wykonanych w metalu. Spełniają one zadanie reflektorów, a siedem ich połączonych w jedną wielką gwiazdę tworzą wspaniały świecznik wiszący w westybulu.

Za wielką zasługę świata lekarskiego poczytać należy, że postanowił, aby przy tej nadarzającej się sposobności, urządzenia wnętrza domu Towarzystwa — potężny duch Wyspiańskiego mógł i w tym kierunku znaleźć swój niezwykły wyraz. Zasługą niezapomnianą, pobudzającą do wdzięczności całego środowiska Krakowa, była i jest inicjatywa wielkiego wielbiciela talentu Wyspiańskiego Rektora prof. Juliana Nowaka, który nakłonił komisję budowlaną do powołania artysty na głównego twórcę wnętrza domu naszego Towarzystwa. Ogólne wrażenie wnętrza domu — było wysoce artystyczne, a przede wszystkim kolorystyczne, użyte bowiem barwy odznaczały wielką świeżość i natężenie tonu, a szczegóły takie, jak balustradę, witraż, galerię i dekorację sali należy zaliczyć do najlepszych dzieł dekoracyjnych talentu wielkiego artysty.

Siedemnasty stycznia 1945 r. obrócił niemal w perzynę wielkie dzieło i pogrążył w żalu krakowski świat lekarski. Wybuch miny ekrazytowej, podłożonej pod pobliski most kolejowy przy ul. Kopernika wstrząsnął domem, spowodował ruinę dachu, drzwi, okien. Czego niemiecka ręka zbrodnicza nie zniszczyła, dokonała tego wielka katastrofa. Wspaniały witraż rozpadł się w kawałki. Wiele szkód poczyniła niszczycielska ręka domorosłych burzycieli dobytku kulturalnego. Bibliotekę, umieszczoną w dobudowanej mansardzie w r. 1922 na szczęście udało się uratować, również meble, stoły, portrety, aparaty projekcyjne. Przepadło brązowe popiersie założyciela Towarzystwa dra Adriana Baranowskiego, wyjęte i zniszczone prawdopodobnie przez Niemców. Dziś dom, pozbawiony nakrywy, okien i drzwi, niszczeje. Starania o dotacje na roboty zabezpieczające u czynników rządzących, na razie nie są zrealizowane pomyślnie. Pierwszym zadaniem zabezpieczenia jest pokrycie dachu i zabicie drzwi wchodowych i okien, aby zabezpieczyć nie tylko mury gmachu, ale urządzenie stałe, tak wspaniałe i jedyne zachowane dzieło twórczego talentu Wyspiańskiego. Towarzystwo Lekarskie odżyło, posiedzenia naukowe idą w pełni, ciesząc się niezwykłą frekwencją, życie naukowe tętni żywo. Niestety brak nam środków do uchronienia tego co pozostało i aby przekazać wielkie dzieło krakowskiego świata lekarskiego — potomności. Nie tracimy nadziei. Łącznie z Izbą Lekarską i jej przedstawicielami prymariuszem drem Gołąbem i drem Ciećkiewiczem — których pomoc przy ratowaniu majątku Towarzystwa była nieoceniona i pełna koleżańskiego poświęcenia, czuwamy nad dobrem gmachu. Ponawiamy stale starania o wyjednanie potrzebnych subwencji, mając przygotowane plany i kosztorysy zabezpieczających robót. Wynoszą one około 100 tysięcy złotych, podczas gdy koszta zupełnego remontu obliczane są na 850 tysięcy złotych. Na nasze warunki i stosunki, suma nie do osiągnięcia. Wierzymy jednak, że czynniki rządowe i miejskie, jak również świat lekarski znajdą drogę dla wyjednania nam pomocy — aby wielkie dzieło naszych poprzedników, naszych mistrzów i kolegów — wskrzesić, dom ożywiony twórczym duchem Wyspiań-

skiego ożywić nowym, silnie tętniącym życiem naukowym i aby jak najrychlej rozprawy uczonych wypełniły sale posiedzeń Wyspiańskiego — ku chwale naszej nauki i dla dobrani eszczęśliwych naszych rodaków.

Dr Z. PRZYBYŁKIEWICZ

Uniwersytet Jagielloński w trosce o zdrowie społeczeństwa

Zakłady Uniwersytetu Jagiellońskiego, pomieszczone w budynku przy ulicy Czystej 18, a mianowicie Zakład Bakteriologii U. J., Zakład Mikrobiologii Rolniczej U. J. i Zakład Patologii U. J. zostały zajęte przez niemieckie władze wojskowe natychmiast po wkroczeniu wojsk niemieckich do Krakowa, we wrześniu 1939 r. Początkowo pomieszczono w nich wojskową pracownię bakteriologiczną, którą jednak wkrótce przeniesiono na ul. Wrocławską, a na jej miejsce zorganizowano w całym budynku wojskową wytwórnię szczepionki przeciw durowi osutkowemu, pracującą wg. met. Weigla. Wytwórnia ta przetrwała aż do lipca 1944 r. W tym czasie ewakuowano ją częściowo do Rzeszy. Druga i ostateczna ewakuacja nastąpiła w dniach 13 i 17 stycznia 1945 r. Po tej drugiej ewakuacji pozostała w zakładzie jedynie niewielka ilość lichych, wojennych mebli, których wywozić się nie opłacało, oraz częściowo urządzenie elektryczne, gazowe i wodociągowe. Częściowo — gdyż powykręcano nawet kurki gazowe i wodociągowe, kontakty elektryczne, pozabierano prawie wszystkie umywalnie i zlewy. Miarą ilości wywiezionego dobra uniwersyteckiego jest ilość 980 skrzyń, które wywieziono w lipcu 1944 r., przy czym wywożone meble i większe przyrządy znaczono osobno inaczej. Tylko nieliczne przyrządy oraz części urządzenia udało się uratować przez wyniesienie ich jeszcze przed zapakowaniem.

Wywiezione do Rzeszy dobro uniwersyteckie zostało poza plecami Niemców w miarę możności zabezpieczone. W grudniu 1944 r. wyjechał do Roth koło Norymbergi, gdzie zostały zwiezione ewakuowane z Zakładu rzeczy, jeden z pracowników Polaków. Niemcom wydawało się, że potrafili go do tego zmusić. Nie wiedzieli wcale o tym, że za ich plecami człowiek ten został dokładnie pouczony, jak ma postępować w razie zajęcia Roth przez wojska sprzymierzone, i że wyjechał dobrowolnie. Celem zabezpieczenia przed zniszczeniem lub grabieżą dostał on polecenie zgłoszenia się do pierwszego oficera wojsk sprzymierzonych, jaki wkroczy do Roth i wyjaśnienia czyją własnością są znajdujące się tam rzeczy. Równocześnie miał zażądać straży wojskowej. Otrzymał on przed wyjazdem pieniądze z funduszów tajnego uniwersytetu, celem zaopatrzenia się w zapasy żywności na kilka miesięcy. Człowiek ten przyjechał do Krakowa z Roth w okresie Bożego Narodzenia 1944 r. i zdał sprawę z sytuacji w Roth, poczym wyjechał z powrotem. Większość rzeczy w tym czasie była jeszcze nierozpakowana, między innymi cała biblioteka. Istnieje więc nadzieja, że wywiezione urządzenia ocalały.

Niemcy rządzili się w Zakładzie po niemiecku. Więc przede wszystkim przebudowywano co się tylko dało. Z pięknej, dużej sali ćwiczeń zrobiono 6 małych pomieszczeń, które nawiasem mówiąc nigdy nie były należycie wykorzystane. Ustosunkowanie do Polaków, początkowo znośne w krótkim czasie zmieniło się w zdecydowanie wrogie. Za upomnienie się o należące się Polakom przydziały żywnościowe zostałem ukarany obniżką poborów i zupełnym odebraniem dodatków żywnościowych. W pierwszych miesiącach pracy niemieckiego instytutu obiecywano Polakom urządzenie świetlicy, stołówkę itp. Skończyło się na terrorze. Aby być bezstronnym trzeba jednak podkreślić, że większość żołnierzy i podoficerów, rekrutujących się spośród Austriaków zachowywała się poprawnie. Nacisk i przykład w kierunku terroryzowania Polaków szedł z góry od oficerów, którzy byli wyłącznie Niemcami, choć nie zawsze Prusakami. W tych warunkach od pierwszych chwil wytworzył się opór ze strony Polaków, którzy w Instytucie stanowili około 95% załogi. Praca wykonywana była źle i niedbale, względnie celowo błędnie. Nic więc dziwnego, że w roku 1944 specjalne badania przeprowadzone przez asystenta Niemca wykazały że zaledwie 1,0% wszy w szczepionce jest jako tako zakażony. Tak zdecydowanie złe wyniki pracy musiały być jednak tolerowane przez kierownictwo. Sam kierownik instytutu zrobiwszy przez organizację tegoż instytutu błyskotliwą karierę popadł w pewnego rodzaju zależność od Polaków. Chcąc poprawić wyniki pracy musiałby zwolnić większość pracowników, to zaś oznaczałoby przyznanie się do tego, że szczepionka nic nie jest warta, a tego nie mógł zrobić. Tym niemniej nosił się on w końcowym okresie istnienia instytutu z zamiarem zastąpienia większości mężczyzn pracujących w instytucie kobietami, licząc że te jako bardziej uległe dadzą się łatwiej sterroryzować i będą lepiej pracować. Jak błędny zresztą był ten osąd świadczy przykład preparatorek, które potrafiły miesiącami wylewać większość wszy oddanych im do spreparowania do zlewu i preparować resztę tylko dla oka.

W czasie walk o Kraków budynek został uszkodzony uderzeniem pocisku armatniego, który poprzez dach uderzył w komin centralnego ogrzewania. Wypadły wszystkie szyby. Urządzenie wodociągowe i centralnego ogrzewania udało się na szczęście uratować. Spuszczenie wody w dniu 17 stycznia, a więc w chwili kiedy Kraków był jeszcze w rękach niemieckich, zapobiegło popękaniu rur i grzejników centralnego ogrzewania i związanemu z tym zamoknięciu i zniszczeniu ścian.

Natychmiast po wyzwoleniu Krakowa rozpoczęto prace remontowe budynku. Doceniając ciężkie położenie epidemiologiczne kraju, oraz potrzeby społeczeństwa z tym związane, Uniwersytet Jagielloński wystąpił jeszcze w dniu 23 stycznia z projektem uruchomienia w budynku przy ul. Czystej 18 wytwórni szczepionek przeciwko różnym chorobom zakaźnym. Pisemny projekt tej treści złożyli w tym dniu rektor U. J. prof. dr T. Lehr-Spławiński, dziekan wydziału lekarskiego U. J. prof. dr J. Supniewski oraz podpisany na ręce bawiącego wów-

czas w Krakowie ministra oświaty. Projekt został przyjęty przychylnie, minister zaznaczył jednak, że sprawę należy skierować do ministerstwa zdrowia.

Jak się wkrótce okazało projekt ten pokrywał się w zupełności z projektem wysuniętym już wcześniej na terenie Lublina przez nadzwyczajnego komisarza do walki z epidemiami, wicemin. doc. dra J. Morzyckiego, którego delegat dr Kryński zjawił się w Krakowie już dnia 24 stycznia. Nadzwyczajny komisariat posiadał możliwości finansowe, których nie miał jeszcze w tym czasie Uniwersytet Jagielloński, tak że prace organizacyjne finansował początkowo NK. W lutym za zgodą U. J. wcielono zakład produkcji szczepionek X (taką nazwę otrzymał tworzący się zakład) w ramy P. Z. H. Na podstawie umowy pomiędzy P.Z.H. a U. J. ustalono sposób użytkowania budynku w ten sposób, że zakł. prod. szczep. użytkuje parter i I piętro, a U. J. II piętro.

Wytwarzanie szczepionek rozpoczęto już z początkiem maja, tak że w dniu 1. VI. w czasie uroczystego otwarcia, zakład posiadał pokaźną ilość 3.200 szczepionek przeciw durowi osutkowemu, oraz pewną ilość szczepionki przeciw durowi brzusznemu. W projekcie jest również uruchomienie innych działów produkcji.

Zakład walczy z wielkimi trudnościami technicznymi. Wywiezione przyrządy trudno jest zastąpić nowymi, których nie można nabyć nawet po najwyższych cenach. Dużą pomocą w tym kierunku jest własny warsztat mechaniczny, który wytwarza nawet precyzyjne przyrządy optyczne. Niestety i tu praca jest bardzo utrudniona wobec wywiezienia prawie wszystkich obrabiarek.

Dr MARIAN CIEĆKIEWICZ

Ubezpieczalnia Społeczna w Krakowie w czasie okupacji niemieckiej

Wybuch wojny zastał Ubezpieczalnię Społeczną w Krakowie podobnie jak większość instytucji samorządowych, nieprzygotowaną do wojny. Lekarz Naczelny dr Zygmunt Szymkiewicz bawił od kilku tygodni na urlopie na Pomorzu, nie mógł więc już wrócić do Krakowa, zastępca dr Władysław Medyński opuścił w dniu 3 września 1939 r. Kraków i udał się początkowo na wschód, później na Węgry, wreszcie do Jugosławii, gdzie w Cirkvenicy zmarł w r. 1942. Obaj lekarze administracyjni którzy mogli ewentualnie stanąć na czele lecznictwa Ubezpieczalni tj. dr Marian Ciećkiewicz z Krakowa i dr Wincenty Gorczyca z Olkusza, zostali powołani do wojska. W Krakowie pozostał tylko dyrektor Ubezpieczalni Zygmunt Klemensiewicz i wicedyrektor Krwawicz; obowiązki Lekarza Naczelnego objął najstarszy konsulent dr Wacław Zakrzewski. Szpital im. G. Narutowicza, opuszczony również przez dyrektora dra J. Szancenbacha, wezwanego z przeważną częścią lekarzy do służby wojskowej, pozostał na opiece dr Stefanii Trzebickiej okulisty Ubezpieczalni Społecznej.

W pierwszym okresie okupacji niemieckiej, gdy w Krakowie rządy sprawowało jeszcze wojsko niemieckie, Ubezpieczalnia była zostawiona swemu losowi. Działalność jej wtedy była bardzo nikła, albowiem znaczna część lekarzy udała się z wojskiem na wschód, większość urzędników została powołaną do wojska, względnie udała się na dobrowolną ewakuację, ludność zaś ubezpieczona i ich rodziny miały chwilowo poważniejsze zmartwienia i dlatego rzadko zwracały się o pomoc do Ubezpieczalni Społecznej.

Niemcy mieli z góry przygotowane plany co do polskich ubezpieczeń społecznych, albowiem już w kilka dni po wkroczeniu wojsk niemieckich zjawił się w Krakowie pewien cywilny urzędnik niemiecki, który natychmiast objął we władanie Ubezpieczalnię Społeczną i oddział Zakładu Ubezpieczeń społecznych. On też wprowadził na krótki okres jako komisarza Ubezpieczalni pułkownika wojsk ukraińskich Bazylewicza, który został później odwołany z Krakowa i więcej się już w Krakowie nie pokazał. Tymczasem Ubezpieczalnia Społeczna zaczęła podejmować swą przedwojenną działalność, organizować na nowo opuszczone przez lekarzy domowych rejony i angażować nowych lekarzy.

W połowie października 1939 r. wróciłem do Krakowa i na polecenie dyrektora Ubezpieczalni objąłem od docenta Siedleckiego, który zastępował chorego wówczas dra Zakrzewskiego obowiązki Lekarza Naczelnego. W kilka dni później przybyło do Ubezpieczalni trzech Niemców, z których dwóch pozostało w Ubezpieczalni na stałe (niemiecki komisarz i jego zastępca), trzeci został po kilku dniach przeniesiony do tworzącego się właśnie oddziału pracy w Okręgu tzw. „Dystrykcie". Odtąd Ubezpieczalnia była zdaną na łaskę i niełaskę dyktatora Ubezpieczalni Schmitta i jego zastępcy Kainza. Schmitt przybył na swe stanowisko z Wiednia, gdzie był naczelnikiem wydziału świadczeń tamtejszej kasy chorych i przywiózł odrazu ze sobą oprawny tom tłumaczenia niemieckiego polskiej ustawy o ubezpieczeniu społecznym wraz z odnośnymi rozporządzeniami ministerstwa opieki społecznej.

Tak się jakoś złożyło, że niedługo po objęciu urzędowania przez Niemców został aresztowany dyrektor Klemensiewicz i osadzony w więzieniu przy ul. Montelupich. Po zwolnieniu z więzienia nie dopuszczono go już do poprzedniego urzędowania, wobec czego dyrektor Klemensiewicz poświęcił się całkowicie działalności społecznej w Komitecie Opieki nad więźniami, gdzie dzięki swej odważnej pracy i poświęceniu, zdobył sobie niezapomniane imię.

Obowiązki dyrektora Ubezpieczalni objął wówczas dr Karol Kropatsch, który właśnie wrócił ze Lwowa, przedwojenny wicedyrektor i szef działu finansowego Ubezpieczalni. Odtąd przez pięć lat okupacji pracowaliśmy razem w największej zgodzie i harmonii, mając przed sobą tylko jeden cel tj. dobro ubezpieczonych i instytucji kierowanej przez nas. Zgoda i harmonijna współpraca dyrektora i lekarza naczelnego są zawsze pożądane dla dobra instytucji, w warunkach okupacyjnych była ona koniecznością i gwarancją utrzymania jednolitej linii postępowania wobec okupantów,

Wobec spadku liczby ubezpieczonych, przeprowadziła Ubezpieczalnia z dniem 31 grudnia 1939 r. redukcję personelu urzędniczego. Personel lekarski nie został wówczas zredukowany, jednakże przyjmowanie lekarzy powracających ze wschodu, z obozu jeńców itp., natrafiało w tym okresie już na pewne trudności, mimo to, że pobory lekarzy zostały przez niemieckiego komisarza odrazu ograniczone do maksymalnej wysokości 400 złotych na miesiąc.

Już w jesieni 1939 roku zwrócił się dr Giller późniejszy doradca lekarski wydziału pracy w rządzie Gen. Gub. do komisarza Schmitta z propozycją natychmiastowego zwolnienia z Ubezpieczalni wszystkich kolegów żydów. Schmitt oparł się temu naciskowi, ponieważ nie było to żadne zarządzenie jego władzy bezpośredniej. W lutym 1940 r. ponownie wypłynęła sprawa zwolnienia żydów z Ubezpieczalni, tym razem jednak nie z inicjatywy niemieckiej, lecz na wniosek lekarzy ukraińców. Dr Patryło zaufany lekarz ukraiński niemieckiego komisarza Izby Zdrowia dra Krolla („Ukrainischer Vertrauensmann bei der Gesundheitskammer") zgłosił się u mnie z gotową listą lekarzy żydów zajętych w Ubezpieczalni oraz z listą lekarzy proponowanych przez niego na ich zastępców. Lista ta zawierała 23 ukraińców i 2 polskie „rodzynki". Obie listy były uzgodnione z drem Krollem i poparte jego pismem skierowanym do niemieckiego komisarza Ubezpieczalni. Tym razem niemiecki komisarz Ubezpieczalni nie oparł się już temu naciskowi, ponieważ dr Kroll działał w charakterze stałego zastępcy „wodza zdrowia" Walbauma, członka rządu Gen. Gubernii, a późniejszego ministra zdrowia. Wykorzystując argumenty dra Krolla, zatrzymaliśmy część lekarzy żydów dla leczenia ubezpieczonych żydów, którzy zostali wówczas zmuszeni do pracy w różnych zakładach mundurowych, w szwalniach, cegielniach itp. Dopiero likwidacja Ghetta krakowskiego i prowincjonalnych Ghett zmusiła nas do rozwiązania stosunku pracy z lekarzami żydami z dniem 31 grudnia 1942 roku. Proponując ukraińcom skierowanym do Ubezpieczalni na miejsce zwalnianych żydów wolne placówki w odległych miejscowościach powiatu miechowskiego i olkuskiego, na co nie mieli oni najmniejszej ochoty, gdyż pragnęli pozostać i „działać" w Krakowie — pozbyłem się ich jako kandydatów na wolne stanowiska i zatrudniłem w miejsce zwolnionych żydów — lekarzy Polaków, wyrzuconych właśnie przez Niemców z poznańskiego i Pomorza.

Dzięki temu, że w Warszawie pozostał Zakład Ubezpieczeń społecznych i nadal działał, wkrótce doszły do skutku „Ogólne zasady w sprawie przyjmowania do pracy, wynagradzania i zwalniania lekarzy Ubezpieczalni Społecznych". Zaczęły one obowiązywać od 1 stycznia 1941 r. i na czas okupacji uregulowały warunki pracy i płacy lekarzy Ubezpieczalni społecznych. Oczywiście warunki te daleko odbiegały od przedwojennych zdobyczy świata lekarskiego, zajętego w ubezpieczalniach społecznych tj. od „zasad ogólnych umów z lekarzami ubezpieczalni społecznych" z roku 1939. Nie uznawały one żadnych praw lekarzy stałych, dłuższych urlopów, odpraw, dodatków za wysługę lat itp., jednakże nieznacznie poprawiały uposażenie lekarzy.

Z początkiem roku 1940 wybuchła w Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie afera z „gazetkami". Gestapo stwierdziło, że w Ubezpieczalni krakowskiej drukuje się antyniemieckie ulotki, a więc że Ubezpieczalnia uprawia zamiast leczniczej, działalność „zbrodniczą". Aresztowano wówczas kilkunastu, a stopniowo później kilkudziesięciu pracowników, niektórych nawet z rodzinami i umieszczono w obozach koncentracyjnych, gdzie przeważna ich część zginęła śmiercią męczeńską. Spośród lekarzy aresztowano ówczesnego zastępcę lekarza naczelnego dra Mikołaja Kwaśniewskiego, wybranego tuż przed wojną prezydentem miasta Krakowa i dra Witolda Preissa, chirurga Ubezpieczalni. Obaj lekarze znaleźli również męczeńską śmierć w Oświęcimiu.

Komisarz Schmitt miał pewną słabość do świadczeń jako były szef tego właśnie wydziału i nie przeszkadzał polskiej dyrekcji w pracy, nawet jeśli chodziło o wydatki gotówkowe. Znając jego słabe strony, potrafiliśmy w r. 1940 a nawet w r. 1941 wydać razem około 130.000 złotych na profilaktykę już wówczas zakazaną przez Niemców, gdyż jak nam to komisarz ZUS'u Stiller w przystępstwie szczerości oświadczył: „dla dzieci nie ma rząd żadnego zainteresowania, tylko dla zdrowia pracowników zajętych w ważnym przemyśle wojennym". Akcja profilaktyczna dla dzieci dopuszczalna początkowo za zgodą szefa oddziału pracy w Okręgu, później została w sposób zdecydowany zakazana i w budżecie Ubezpieczalni nie wolno było nawet przewidywać na ten cel żadnych kwot.

Nie mogąc uprawiać akcji profilaktycznej zorganizowaliśmy w jesieni 1940 r. dla ubezpieczonych „Dom Zdrowia" w Skawinie. Ten Dom Zdrowia był już czynny przed wojną jako dom wypoczynkowy dla kobiet, zajętych w przemyśle. W czasie wojny został przekształcony na Dom dla ozdrowieńców po ciężkich zabiegach operacyjnych, po wyniszczających chorobach i został przeznaczony zarówno dla mężczyzn, jak i dla kobiet. Co pół roku zmieniał się turnus męski na turnus żeński.

Otwarcie Domu Zdrowia w Skawinie odbyło się uroczyście. Zaproszeni przez niemieckiego komisarza goście urzędowi, między innymi ówczesny naczelnik oddziału pracy w Okręgu krakowskim późniejszy prezydent Krakowa Pavlu wygłosili programowe przemówienie, sławiące talent organizacyjny Niemców, poczem nastąpiła część nieoficjalna, tj. upragniona przez Niemców libacja. Uroczystość tę zakłóciły dwa incydenty. Pierwszym było stwierdzenie przez starostę dra Höhlera w magazynie Domu Zdrowia kilku połci słoniny, przeznaczonej do konsumpcji przez polskich ozdrowieńców. Słonina była wówczas artykułem zakazanym dla Polaków (później nawet karą śmierci) i przeznaczoną była tylko dla walecznej armii niemieckiej. Drugim incydentem było stwierdzenie przez niemieckiego komisarza, że polska dyrekcja nie wzięła udziału w części nieoficjalnej tj. libacji. Na szczęście żaden z incydentów nie pociągnął za sobą przykrych następstw.

Dom Zdrowia w Skawinie dobrze spełnił swe zadanie. Był on wówczas pierwszym, a później nawet jedynym zakładem w Polsce, przeznaczonym na wypoczynek dla niewolniczo pracującej ludności polskiej. Ambicją zarządu Domu Zdrowia pozostającego pod kierunkiem doc, dra Michała Godyckiego z Po-

znania, było dać mieszkańcom Domu takie pożywienie, któreby w ciągu dwóch do trzech tygodni pozwoliło wyrównać dotychczasowe straty, poniesione wskutek systematycznego głodzenia ludności polskiej, a nawet stworzyć pewne rezerwy na przyszłość. Wypadki przybytku na wadze w Domu Zdrowia 2 do 3 a nawet 5 kilogramów nie należały do rzadkości. Zakład ten był czynny przez cały czas wojny aż do lata 1944, kiedy to znajdująca się już w odwrocie armia niemiecka zajęła dom na swoje potrzeby.

Wzrastający stan ubezpieczonych i warunki finansowe w jakich znalazła się Ubezpieczalnia po zwalczeniu trudności w związku z działaniami wojennymi w r. 1939 pozwolił Dyrekcji i Ubezpieczalni Społecznej skierować środki finansowe we właściwym kierunku. Postanowiliśmy wówczas skorzystać ze sposobności i zmodernizować nasze zakłady lecznicze i rozpoznawcze. Wtedy to nastąpiła przebudowa oficynowej części budynku przy ul. Dunajewskiego 5, gdzie na parterze i pierwszym piętrze znalazł pomieszczenie zakład leczenia fizykalnego, na drugim piętrze zakład rentgenowski. Oba zakłady zostały wyposażone w nowoczesne aparaty diagnostyczne łącznie z Kymografem i aparaty lecznicze, w tym około 10 aparatów nowoczesnych do leczenia krótkimi falami, diatermie operacyjne itp. Gdyby nie rabunkowa gospodarka niemiecka i wywiezienie części aparatów do Niemiec w jesieni 1944 r., stanowiłyby one dziś poważną placówkę naukową oddaną w całości na użytek zdrowia publicznego.

Trzecie piętro tego budynku, właściwie zapomniane przez Niemców, zostało wykorzystane na magazyn środków leczniczych, narzędzi lekarskich, oraz na magazyn materiałów dentystycznych. Wykorzystując koniunkturę Ubezpieczalnia Społeczna zakupywała za gotówkę większe partie materiałów dentystycznych, a więc kauczuk, wosk, zęby sztuczne, klamry, ssawki itp., dzięki czemu mogła hojną dłonią przyznawać przez cały czas wojny ubezpieczonym i ich rodzinom protezy dentystyczne. Wszelkie wprowadzane przez Niemców ograniczenia świadczeń były wobec harmonijnej współpracy polskiej dyrekcji i urzędników Ubezpieczalni martwą literą prawa. Lojalnie należy przyznać, że niemiecki kierownik Ubezpieczalni robił dyrekcji większe przykrości z powodu opuszczenia przecinka w piśmie, które mu przedłożono do podpisu, aniżeli z powodu nadmiernych wydatków na świadczenia lecznicze dla ubezpieczonych.

Większe trudności rozpoczęły się dla Lekarza Naczelnego dopiero z chwilą przysłania do Ubezpieczalni Społecznej dra Albrechta Puppego, który objął w sierpniu 1941 r. stanowisko niemieckiego lekarza naczelnego, a zarazem kierownika oddziału pracy w Okręgu krakowskim. Dr Puppe posiadał kwalifikacje konsulenta berlińskiej kasy chorych, a został skierowany do Krakowa, ponieważ w Berlinie dłużnicy żyć mu już nie dawali i wkrótce stał się znaną i popularną osobistością Krakowa. Potrafił on zjednoczyć w swym ręku nie tylko obowiązki niemieckiego lekarza naczelnego Ubezpieczalni i lekarskiego kierownika oddziału pracy w Okręgu krakowskim, lecz nadto wkrótce stał się lekarzem zaufania Urzędu Pracy, służby budowlanej („Baudienst") fabryki konserw Gmyrka, fabryki makaronu „Mazoli", fabryki czekolady Pischingera, zakładów mundurowych, browaru krakowskiego i wielu innych. Każde z tych stanowisk przynosiło mu oprócz stałych poborów dalsze owoce pracy w postaci kiełbas, piwa, wina, makaronu, słodyczy itp. Dr Puppe nie martwił się obowiązkami przyjętymi na siebie — od czegóż byli polscy lekarze konsulenci? Oni badali chorych skierowywanych do dra Puppego, on tylko podpisywał wyniki badań i inkasował gotówkę. Wierzyciele znaleźli go jednakże i w Krakowie i odtąd zaczęła się w Ubezpieczalni interesująca korespondencja, która wszystkich bawiła a tylko dra Puppego widocznie już do tego przyzwyczajonego wcale nie wzruszała. Aby go z tych „parszywych" długów, kondyktów i skarg czasami o kwoty takie jak 5 Mk wyzwolić i uwolnić od korespondencji z wierzycielami, która bawiła całą Ubezpieczalnię, niemiecki kierownik udzielił mu za zgodą rządu pożyczki z funduszów Ubezpieczalni w kwocie 30.000 złotych.

Dr Puppe przyglądał się pewien czas pracy polskiego lekarza naczelnego — odtąd było w Ubezpieczalni dwóch lekarzy naczelnych, niemiecki i polski — poczem stopniowo zaczął ograniczać jego swobodę, głównie w dziedzinie uznawania ubezpieczonych za niezdolnych do pracy.

Stało się to w związku z licznymi prawie codziennymi skargami, niemieckich pracodawców i niemieckich kierowników biur i firm na polskich lekarzy i konsulentów, którzy rzekomo zbyt łatwowiernie szli ubezpieczonym na rękę i zwalniali ich z powodu błahych powodów lub nawet bez powodu z pracy. Im gorzej powodziło się Niemcom na froncie, tym energiczniej chcieli okupanci niemieccy ratować front represjami stosowanymi wobec polskich pracowników w krakowskich zakładach pracy. Na licznych konferencjach zwoływanych przez niemieckiego komisarza, w których musieli brać udział konsulenci a nawet wszyscy lekarze leczący, padały słowa tego rodzaju: „to jest sabotaż, za to się idzie do Oświęcimia" itp. Mimo to lekarze Ubezpieczalni zwalniali z pracy i wydawali pisemne zaświadczenia niezdolności do pracy nie tylko wszystkim istotnie chorym i potrzebującym odpoczynku, lecz również w uwzględnieniu „wskazań życiowych" tym wszystkim, którzy musieli wyjeżdżać z Krakowa, aby przywieźć żywność dla najbliższej rodziny, oraz tym, którzy musieli na jakiś czas zniknąć z horyzontu.

Ta niebezpieczna praca a w każdym razie przykra z uwagi na najdziksze wymysły dra Puppego pod adresem zainteresowanego a schwytanego na gorącym uczynku lekarza musi być podniesioną, choćby z uwagi na to, że jednemu lekarzowi nie uszło to płazem. Dr Puppe postarał się o to, aby jeden z lekarzy domowych, który bez dostatecznego — zdaniem niemieckiego lekarza uzasadnienia, zwolnił ubezpieczonego od prac przy budowie okopów, a sam zasmakował, jak ta praca wygląda. Lekarz ten został skierowany z odpowiednim poleceniem przez Izbę Zdrowia do Tarnowa, a stamtąd do więzienia, skąd dopiero z trudem mógł się wydostać i wrócić do Krakowa. W związku ze skargami niemieckich pracodawców powiększaliśmy stale liczbę lekarzy konsulentów, co jednak wcale nie poprawiło stanu niezdolnych do pracy. Stan ten nie przekraczał w Niemczech przeciętnie 4%, w Krakowie za to w większych

zakładach przemysłowych przekraczał stale 16%, a gdzieniegdzie dochodził okresowo do 18% i więcej. W samej Ubezpieczalni też nie było lepiej, gdyż i tu stan niezdolnych do pracy urzędników wynosił stale około 12%. Dopiero ucieczka Niemców z Krakowa sprawiła to, że w Ubezpieczalni wróciły normalne stosunki i dziś nie więcej jak 2% pracowników absentuje się w pracy z powodu choroby.

Dr Puppe szukał nowych dróg celem zaradzenia złu, szczególnie gdy naczelnikiem wydziału pracy w rządzie po drze Gillerze, który skończył w Krakowie śmiercią samobójczą, stał się młody, energiczny i dość dobrze zorientowany dr Geske. Aby wykazać swą inicjatywę, dr Puppe pisywał liczne memoriały i przedstawiał je czynnikom rządowym. Pamiętam jeden z nich w sprawie wczasów robotniczych. Dr Puppe proponował, aby robotnicy fabryczni spędzali okres urlopowy w swych zakładach pracy, gdyż wówczas na pewne nie będą zajmowali się handlem. Jako były lekarz okrętowy wzorował się na urlopach obowiązujących marynarzy na okrętach wojennych. Według projektu Puppego robotnicy mieli przychodzić o zwykłej porze razem z innymi do zakładu pracy i tam mieli spędzać wolny od pracy czas w osobnym lokalu, a wieczorem razem z wszystkimi wracać do domu. Na zapytanie Puppego, jak mi się podoba jego projekt, odparłem — „nie podoba mi się, raczej należałoby już umieszczać ich na czas urlopu na Montelupich, gdyż wówczas nie tylko nie będą zajmowali się handlem, lecz będą pozostawali pod stałym dozorem“. Jest to tylko jeden dowód tej swoistej mentalności dra Puppego, zdolnego do obrócenia wszystkiego w korzyść osobistą, jednak niezdolnego do pogodzenia się z myślą, że urlopowany polski robotnik będzie mógł na prawdę korzystać z wczasów i że przynajmniej podczas urlopu powinien być zabezpieczony przed łapankami nad Wisłą, lub nad Rudawą, skoro mu już nie wolno wyjechać do Zakopanego, Rabki i Krynicy, bo tam wszystko zarezerwowane „nur für Deutsche“.

Drobne niedokładności dra Puppego w zakresie łatwego uznawania pewnych osób za niezdolne do pracy w Rzeszy, w służbie budowlanej, względnie ostatnio przy kopaniu okopów, nie uszły mu zupełnie bezkarnie. Oto znany ze swego wynalazku kupowania niewolników, wysyłanych zastępczo do Rzeszy dr Krämer wpadł na taką niedokładność dra Puppego i niewiele brakowało, aby Puppe zaczął swoje memoriały ulepszające polskie ubezpieczenia społeczne pisywać z tego samego obozu koncentracyjnego, w którym znalazł się również osławiony niemiecki lekarz naczelny Ubezpieczalni warszawskiej dr Vieweg. Przyznać jednak trzeba, że władze niemieckie były bardzo pobłażliwe dla swych urzędników oskarżonych o łapownictwo; zeznanie Polki, że wręczyła „górala“ za zwolnienie z wyjazdu do Rzeszy mogło przecież być tylko wyrazem nienawiści rasowej a nie świadectwem prawdziwego zdarzenia. Nic więc dziwnego, że drowi Puppemu tym razem również się upiekło.

W lecie 1944 roku, gdy rozpoczął się już paniczny odwrót Niemców z nad Sanu i Bugu, stracił także panowanie nad swymi nerwami niemiecki komisarz Schmitt i korzystając z zamieszania, opuścił pokryjomu Kraków i wrócił nad modry Dunaj. Przed swym wyjazdem zabronił jednak kategorycznie drowi Puppemu, który pragnął natychmiast zdemontować zakład Rentgena i zakład leczenia fizykalnego a jeżeliby to miało trwać zbyt długo to porozbijać go siekierą, aby nie wpadł w ręcze Czerwonej Armii, demolowania zakładu i oświadczył polskiej dyrekcji, że podjąłby się przechowania w Wiedniu naszych aparatów leczniczych, bo „co Prusacy raz wam wezmą, tego już nigdy nie zobaczycie“. Tak się też stało. Demontowanie aparatów rentgenowskich w Krakowie trwało bardzo długo. Po trzech miesiącach gdy już dłużej z tym niepodobna było zwlekać, wydział gospodarczy Ubezpieczalni spakował aparaty i wysłał je zgodnie z poleceniem dra Geskego do Bad Landeck na D. Śląsku. I tu nie obeszło się bez incydentu, albowiem po zbadaniu skrzyń na miejscu okazało się, że brak tam wszystkich lamp rentgenowskich i pewnych części składowych niezbędnych do uruchomienia aparatury. Na szczęście następca Schmitta, Thiel, przed wykonaniem swych pogróżek pod adresem moim i dra Dorawskiego (kierownika zakładu Rentgena) z powodu sabotażu, upił się i „skręcił kark“ przy upadku ze schodów, tak, że został bezzwłocznie odesłany do Rzeszy do szpitala. Dalszy następca Schmitta nie wnikał zbyt szczegółowo w tą sprawę, gdyż czasy nadchodziły coraz gorętsze, o wielkiej ofenzywie Czerwonej Armii mówiło się coraz więcej, w końcu huk armat Czerwonej Armii słychać było coraz głośniej, tak, że ostatecznie w dniu 17 stycznia 1945 r. Niemcy uciekli z Krakowa. Gdy następnego dnia jak zwykle przybyłem do Ubezpieczalni, z Puppego nie było już ani śladu.

Okres, jaki nastąpił po upadku powstania warszawskiego pozwolił Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie wypełnić ciążące na niej a raczej dobrowolnie przyjęte przez nią obowiązki. W lecznictwie Ubezpieczalni znaleźli schronienie lekarze warszawscy, pielęgniarze i laboranci, w administracji znaleźli schronienie pracownicy warszawskiej Ubezpieczalni i Zakładu Ubezpieczeń społecznych. To jednak nie wszystko. Jak chlubną kartą krakowskiego świata lekarskiego było zebranie w krótkim czasie na pomoc dla lekarzy warszawskich 300.000 złotych, tak chlubą Ubezpieczalni krakowskiej było wypłacenie ofiarom warszawskiego powstania przebywającym w krakowskich szpitalach jako ranni i chorzy około 2 milionów złotych w formie zasiłków chorobowych. Z inicjatywy wicedyrektora Eugeniusza Krwawicza obchodzili „emisariusze“ wydziału świadczeń wszystkie krakowskie szpitale i tu wręczali nieszczęsnym chorym i rannym pozostającym przeważnie bez grosza należny im z tytułu ubezpieczenia chorobowego zasiłek za czas niezdolności do pracy, wywołanej zranieniem lub chorobą w kwocie od 500 do 1000 złotych. Na szczęście nie było już w Ubezpieczalni skąpca, Schmitta, który nie przeżyłby takiej rozrzutności Ubezpieczalni tym więcej, że było to robione nie na własny, lecz na rachunek w gruzach leżącej warszawskiej Ubezpieczalni.

Dzięki wysokiej wartości moralnej personelu lecznictwa Ubezpieczalni Społecznej nie poniosła Ubezpieczalnia większych strat podczas działań wojennych w Krakowie w dniu 18 i 19 stycznia 1945 r.

Tylko budynek Domu Zdrowia w Skawinie i gmach Szpitala im. G. Narutowicza otrzymały kilka bomb i pocisków artyleryjskich, ponadto wysadzenie mostu im. Piłsudskiego zniszczyło w filii w Podgórzu wszystkie szyby w aptece i ambulatoriach. Doskonała postawa moralna personelu pielęgniarskiego zapobiegła grabieży ambulatoriów i zakładów leczniczych. Tylko w magazynach aptek Ubezpieczalni społecznej przetrwało szczęśliwie okres przejściowy nagromadzone tam na czas ewent. oblężenia mleko skondensowane dla niemowląt i mogło być natychmiast oddane swemu przeznaczeniu.

Szpital im. G. Narutowicza zajęty początkowo przez wojsko niemieckie nie ucierpiał wiele. w 1939 r, ponieważ wojsko bawiło w nim bardzo krótko, nie wiele dłużej niż miesiąc. Jako najnowszy i nowocześnie wyposażony szpital został zabrany przez rząd Gen. Gub. i oddany jako „Niemiecki Szpital Okręgowy“ na użytek Niemców, przebywających w Polsce. Ustalony przez rząd Gen. Gub. czynsz dzierżawny nie pokrywał nawet ciężarów wynikających z długów hipotecznych, ciążących na szpitalu. Odtąd szpital przeznaczony dla 500 chorych posiadał nie wiele ponad 200 chorych Niemców, gdyż początkowy stan umowy, według którego Ubezpieczalnia społeczna mogła umieścić w nim 100 chorych nie trwał długo. Dla leczenia polskich chorych zatrzymano w szpitalu trzech lekarzy, chirurga, internistę i ginekologa. Z biegiem czasu okazało się, że pokoi klasowych jest mało — Niemcom w Polsce powodziło się widocznie doskonale — i trzeba było nie tylko zlikwidować oddział polski, lecz także przerobić większe sale na mniejsze separatki. W ten sposób ofiarą przeróbek szpitala padła między innymi śliczna sala osesków, chluba szpitala im. G. Narutowicza. Po zlikwidowaniu oddziału polskiego nie zwolniono lekarzy Polaków i zmuszono ich do leczenia Niemców. Zakłamanie Niemców w tym względzie przewyższało wszystkie inne. Oficjalnie nie wolno było leczyć się Niemcom u lekarza Polaka. Nieoficjalnie wiadomo było, że wśród lekarzy niemieckich w Krakowie nie było żadnego luminarza i że Niemcy bardzo chętnie, może dlatego tak chętnie, że ich to nie wiele kosztowało, bo to było czymś w rodzaju kontrybucji, zasięgali porad u lekarzy Polaków. W ambulatoriach specjalistycznych Ubezpieczalni społecznej szukali porady wysocy urzędnicy rządowi oświadczając, że wiedza lekarska jest międzynarodową i że mają zaufanie do polskiej nauki lekarskiej. Niestety nie można tego powiedzieć o niemieckiej wiedzy lekarskiej i o niemieckim świecie lekarskim, który mieliśmy sposobność przez blizko sześć lat obserwacji dokładnie poznać. Poza nielicznymi wyjątkami, z którymi osobiście się nie zetknąłem, jednak z lojalności ich nie wykluczam, lekarze niemieccy byli to ludzie o przeciętnej umysłowości, na wskróś przesiąknięci duchem hitleryzmu i spełniający bez szemrania i bez zastanowienia wszelkie polecenia władz partyjnych, chociażby stały one w rażącej sprzeczności z zasadami samarytanizmu lub nawet zwykłej ludzkości.

Żaden z nich nie zdobył się na samodzielne myślenie i wszyscy ślepo wierzyli, że Hitler wyprowadzi ich z tej ślepej uliczki, do której tak ochoczo przez szereg lat podążali. Gdy Czerwona Armia spychała ich z powrotem do Rzeszy i gdy oddali już tysiące kilometrów swej „przestrzeni życiowej“ swym przeciwnikom, jeszcze łudzili się, że „V 1“, „V 2“ lub „Vx“ zmiecie Anglię z powierzchni ziemi. Tymczasem sprawiedliwości dziejowej musiało się stać zadość. Niemcy musieli opuścić tę ziemię obiecaną, gdzie powodziło im się doskonale i gdzie już rządzili tak, jak przed wojną światową rządzili w kolonii w Afryce Zachodniej.

Otrząsnąwszy się z tych czasów tryumfującego hitleryzmu a więc pruskiej pychy, zakłamania, wyzysku, głodu i niewolniczej pracy, wspominamy dziś lata przeżyte pod okupacją jak zmorę, która już nigdy nie powinna się powtórzyć. Ocaleliśmy dzięki zwartej i jednolitej podstawie całego narodu chociaż żyliśmy w warunkach tak skonstruowanych przez Niemców, by zgubić cały naród. Jedyną nie ujemną stroną tych czasów jest to, że więzy między ubezpieczonymi i lekarzami, jakie zadzierzgnęły się w Ubezpieczalni krakowskiej podczas okupacji niemieckiej, są tak ścisłe i tak serdeczne, że już nigdy się nie rozluźnią!

Dr OWSIŃSKI

Działalność Wydziału Zdrowia m. Krakowa w czasie wojny, oraz niemiecka służba zdrowia z tegoż okresu

Do roku 1939 agendy Wydziału Zdrowia obejmowały sprawy sanitarno-prawne, higieny ogólnej, walkę z chorobami zakaźnymi, współdziałanie przy planowaniu zabudowy miasta, wykazy porodów i zgonów, lecznicze, rekrutacji, weterynaryjne, higieny szkolnej, cmentarzy miejskich, leczenia ubogich, pomocy lekarskiej dla pracowników miejskich itd. Wewnętrzna organizacja Wydziału dzieliła się na 4 oddziały, a to: Sanitarny, Weterynaryjny, Pracownię Chemiczną dla badania wody, środków żywności itd. oraz Administracyjno-prawny. Oddział sanitarny miał do dyspozycji poza placówkami lekarzy obwodowych, bakteriologa, przychodnię przeciwjagliczą, przeciwweneryczną, 2 ośrodki opieki nad matką i dzieckiem, 2 przychodnie dentystyczne szkolne, przychodnię elektroterapeutyczną, 2 łaźnie, dom noclegowy z oczyszczalnią oraz Miejskie Zakłady Sanitarne z główną odkażalnią, oddziałem gruźliczym i płoniczym. Dla Miejskiej służby zdrowia pracowały jeszcze Towarzystwo Przeciwgruźlicze z 2-ma przychodniami oraz Pogotowie Ratunkowe. Ośrodki opieki nad matką i dzieckiem oraz przychodnie przeciwgruźlicze prowadzono na podstawie współpracy razem z Ubezpieczalnią Społeczną. Wydział Zdrowia pokrywał wydatki swoje z własnego budżetu.

Gdy okupanci niemieccy w dniu 26 października 1939 r. utworzyli z ziem polskich tzw. Generalne Gubernatorstwo z niemieckimi władzami na czele, zaczął się dla publicznej służby zdrowia ciężki okres. Mimo rozporządzenia Generalnego Gubernatora z dnia 28 listopada 1939 r. o administracji polskich gmin, mianowany dla miasta starosta miejski przejął także

agendy prezydenta miasta, które na podstawie zasad panujących w administracji niemieckiej prowadził jednoosobowo i poobsadzał stanowiska decernentów Niemcami, zaprowadzając stopniowo niemiecką administrację, w której Polacy spełniali rolę pracowników podrzędnych.

Także Wydział Zdrowia otrzymał jako decernenta lekarza niemieckiego. Dotychczasowy polski Naczelnik Wydziału Zdrowia nie mógł odtąd na zewnątrz reprezentować miejskiego Wydziału Zdrowia i zszedł do roli polskiego naczelnego lekarza miejskiego, któremu podlegały agendy zdrowia odnośnie do ludności polskiej. Za pierwszego decernenta niemieckiego cieszył się on nadal dużą samodzielnością, gdyż tenże ograniczył się tylko do pewnej pobieżnej tylko kontroli. Wtedy ludności niemieckiej było w Krakowie jeszcze bardzo mało.

Po ograniczeniu zakresu działania Naczelnika Wydziału nastąpiły wkrótce dalsze zmiany. Nowy szef niemiecki odstąpił urządzone na umieszczenie miejskiej pracowni bakteriologicznej lokale oraz dom noclegowy z oczyszczalnią Urzędowi Dystryktu, władzy II. instancji. Pracowni bakteriologicznej, wskutek oddania lokali do końca wojny już nie utworzono. Z domu noclegowego urządzono wielką odkażalnię, w której setki tysięcy Polaków, wyjeżdżających przymusowo na roboty do Niemiec, odwszawiano. Odebranie miastu oczyszczalni uniemożliwiło Wydziałowi prowadzenie należytego odwszawiania ludności, gdy brak mydła, odzieży i odpowiednich mieszkań spowodował wzrost zawszenia. Higiena osobista upadła też dlatego, że ludność polska mimo, iż utraciła po większej części mieszkania z łazienkami miała ograniczone możliwości korzystania z kąpieli w łaźniach publicznych, które przez dłuższy czas dnia używane były przez wojsko i cywilnych Niemców mających pierwszeństwo.

Sprawy weterynaryjne wyłączono z zakresu działania Wydziału Zdrowia jeszcze w roku 1939, do załatwiania których powołano osobny urząd weterynaryjny z Niemcem jako kierownikiem. Ponieważ z początkiem roku 1940 wprowadzono przymus ubezpieczenia na wypadek choroby pracowników miejskich w Ubezpieczalni Społecznej, stracili oni dotychczasowe prawo wolnego wyboru lekarza.

Nowe przepisy niemieckie z roku 1940 o walce z chorobami płciowymi i jaglicą uczyniły organem wykonawczym niemieckiego lekarza urzędowego. Walkę z chorobami płciowymi prowadził tenże w wyłącznym swoim zakresie, do którego polski Wydział Zdrowia nawet nie miał wglądu. O ile chodzi o ludność polską, agendy te załatwiał z polecenia niemieckiego lekarza urzędowego podległy mu bezpośrednio osobny polski lekarz wenerolog. Walkę z jaglicą zlecono podległej polskiemu Wydziałowi przychodni przeciwjagliczej.

Z pod kompetencji Wydziału Zdrowia wyjęto odrazu także sprawy sanitarne dotyczące ludności żydowskiej, które załatwiała lekarska komisja żydowska zależna bezpośrednio od Niemców.

Z przedłużaniem się wojny następowały dalsze zmiany, zwłaszcza za urzędowania dra Buurmana, który sprowadził w tym celu osobnego referenta z Berlina. Zmiany te szły w kierunku dalszego ograniczenia Wydziału Zdrowia, zmniejszenia stanu posiadania jego placówek i urządzeń, oraz całkowitego zniemczenia administracji zdrowia publicznego. Z zakresu działania Wydziału wydzielono sprawy wykazu porodów i zgonów, zarząd cmentarzy miejskich i M. Zakłady Sanitarne. Zwinięto przychodnię dentystyczną w Podgórzu, oraz wzięto część urządzenia drugiej przychodni dentystycznej na potrzeby niemieckie. Gdy dnia 18 września 1942 r. Rząd Gubernatorstwa zabronił prowadzenia profilaktyki dla ludności polskiej, musiał Wydział Zdrowia zwinąć obie przychodnie dla Matki i Dziecka. Rozwiązano Towarzystwo Przeciwgruźlicze, któremu już poprzednio odebrano świeżo uruchomioną szkołę dla dzieci płucno zagrożonych w parku Jordana, zamieniając ją na jadłodajnię partyjną, pozbawiając pozostałe i konieczne przychodnie przeciwgruźlicze dostatecznych środków na ich utrzymanie.

Walka z gruźlicą w czasie wojny była tylko walką na papierze. Odosobnianie chorych było niemożliwe z powodu braku wszelkich po temu możliwości. Wysyłanie chorych do sanatoriów zupełnie ustało. Łóżek szpitalnych było bardzo mało, o lepszem odżywianiu chorych nie mogło być mowy. Towarzystwo Przeciwgruźlicze rozwiązano i odebrano mu część urządzeń. Przychodnie wprawdzie pozostały, ale brak dostatecznych środków utrudniał ich działalność. Liczba zachorowań na gruźlicę jest w rzeczywistości o wiele wyższa od liczby zgłoszonych wypadków.

Dążenia do zniemczenia administracji doprowadziły do tego, że zniesiono Wydział Zdrowia jako polski Wydział i ograniczono do rzędu oddziału polskiego w niemieckim Urzędzie Zdrowia. Dotąd bowiem Urząd Zdrowia był właściwie tylko władzą kontrolną polskiego Wydziału i urzędem, załatwiającym sprawy zdrowotne i higieny d'a Niemców. Oddziałowi polskiemu odjęto jednak całkowicie gospodarkę budżetowo-finansową i nakazano mu korespondować po niemiecku. Urząd, a właściwie oddział niemiecki, przejął także wykaz zawodów leczniczych, wykaz szpitali, bezpośredni nadzór nad Pracownią Chemiczną i Bakteriologiem miejskim. Oddziałowi polskiemu pozostawiono więc jeszcze tylko czynności policji zdrowia odnośnie do ludności polskiej, higienę szkolną oraz nadzór nad oczyszczalnią po jej oddaniu miastu z powrotem w r. 1944, przychodnię przeciwjagliczą, przychodnię dentystyczną, przychodnię elektroterapeutyczną, łaźnie i 15 placówek lekarzy miejskich.

Niemcy utworzyli wprawdzie jeszcze drugą przychodnię przeciwweneryczną w szpitalu św. Łazarza dla ludności polskiej, ale pozostawili ją pod własnym nadzorem. Podporządkowano oddziałowi polskiemu wprawdzie też utworzoną poliklinikę, ale istniała ona tylko dwa tygodnie, po czym ją zniesiono. Niezrozumiałe wydaje się utworzenie jej później pod zarządem polskiego Wydziału Opieki Społecznej.

Higienę szkolną zorganizowano w ten sposób, że osobnych lekarzy szkolnych ze względów oszczędnościowych zniesiono, a obowiązek lekarzy szkolnych bez osobnego dodatku narzucono lekarzom obwodowym. Każdy okręg sanitarny miał swoją higienistkę, która badała dzieci szkolne i kierowała dzieci chore wzgl. podejrzane o chorobę do lekarza obwodowego, celem wydania dalszych wskazówek. Dzieci

ż zębami niezdrowymi kierowały higienistki do miejskiej przychodni dentystycznej.

Liczbę higienistek jak i lekarzy obwodowych podniesiono do 15 w związku z przyłączeniem do miasta 30 okolicznych wsi. Higienistki były kierowane przez osobną naczelną higienistkę.

Działalność Wydziału Zdrowia w okresie wojny zobrazować mogą następujące dane.

Sumy globalne preliminarza budżetowego wynosiły w roku:

1939/40	913.751 zł.
1940/41	1.026.531 „
1941/42	1.229.325 „
1942/43	2.767.151 „
1943/44	2.462.683 „
1944/45	3.900.849 „

Wzrost sum spowodowany został powstaniem wydatków na potrzeby niemieckie i wzrostem cen.

Liczba wypadków zapadań na choroby zakaźne wynosi ogólnie w roku

1940 . . .	3.319
1941 . . .	3.142
1942 . . .	4.802
1943 . . .	4.619
1944 . . .	3.310

Z tej liczby przypada w roku

	1940	1941	1942	1943	1944
na dur brzuszny i d. brzuszny rzekomy	169	344	769	495	339
„ dur osutkowy	10	176	339	124	275
„ błonicę	227	319	428	469	402
„ płonicę	170	90	371	634	443
„ czerwonkę	50	49	712	517	298
„ jaglicę	14	35	28	37	95
„ gruźlicę	758	1027	1172	976	973
„ odrę	1542	120	135	933	195
„ zapalenie opon mózgowych	60	27	32	31	9
„ paraliż dziecięcy	7	6	1	1	3
„ krztusiec	186	685	450	228	117
„ zimnicę	19	32	44	33	29
„ wąglik	—	—	—	—	3
„ świnkę	7	136	230	69	64
„ różę	68	62	87	70	49
„ wściekliznę	—	—	—	—	1
„ inne choroby	3	4	—	—	—

Z tych liczb wynika, że na wzrost liczby zachorowań w latach 1942/43 wpłynęły liczne wypadki duru brzusznego, błonicy, duru osutkowego, ksztuśca, odry, świnki, czerwonki, płonicy i gruźlicy, chorób spowodowanych przeważnie trudnymi warunkami życia w okresie wojennym, brakiem żywności, odzieży, opału, mydła, mieszkań itp. Dalszą przyczyną wzrostu wypadków chorób był brak łóżek szpitalnych dla zakaźnie chorych z powodu zabrania około 1300 łóżek szpitalnych na potrzeby niemieckie i przeznaczenie dwu szpitali na cele nieszpitalne, oraz brak środków przewozowych dla przewozu chorych.

Liczba biednych chorych, którymi opiekowali się lekarze obwodowi, wynosiła około 12.000 rocznie. (Świadectwa lekarskie celem uzyskania dodatkowego przydziału żywności).

Kraków w czasie wojny miał naturalny ubytek ludności. Wysoka była zwłaszcza śmiertelność niemowląt, co Niemców nie wstrzymało od zwinięcia ośrodków opieki nad Matką i Dzieckiem, zamiast wspomagać ich działalność.

Stan zdrowia wśród ludności miasta nie mógł się w czasie wojny podnieść i z wielu innych względów. Wskutek wrogiego nastawienia Niemców do wszystkiego co polskie nie mogła się rozwinąć działalność Wydziału Zdrowia i jego placówek. Unikano o ile możliwie wszelkiej styczności z urzędem niemieckim. Stosowano słusznie bierny opór przeciwko zarządzeniom zmieniającym stan dotychczasowy w urządzeniach Wydziału i ograniczającym używanie języka polskiego. Częste łapanki policyjne po ulicach nie pozwalały pracownikom zewnętrznym swobodnie poruszać się po ulicach miasta, na czym cierpiała służba. Nie stosowano kar administracyjnych za uchybienia sanitarne, w obawie przed możliwymi ostrymi zarządzeniami władz okupacyjnych. Wskutek nieznajomości polskich przepisów prawnych funkcjonowały także wadliwie władze nadzorcze. Lekarzom okręgowym miejskim zabroniono przeprowadzania inspekcji sanitarnych po niemieckich sklepach z artykułami spożywczymi, jadłodajniach, kawiarniach itp., a w wyjątkowych wypadkach tylko przy boku policji niemieckiej.

Wydział Zdrowia będzie musiał poświęcić wiele trudów koło nadrobienia szkód wynikłych z powodu okupacji i postawienia stanu zdrowia publicznego w mieście na odpowiednim poziomie.

Niechlubną i może jedyną rolę z tych czasów odegrał renegat b. polski lekarz dr Jan Fischer, który za zgłoszenie się Volksdeutschem, został w nagrodę mianowany przez Niemców lekarzem miejskim, po czym lekarzem Gestapo i kolejowym, dyrektorem Szpitali miejskich i awansował na Reichsdeutscha.

W Krakowie, po ustanowieniu starosty miejskiego, tenże odrazu naczelne stanowiska poobsadzał Niemcami. Na stanowisko decernenta dla spraw zdrowia publicznego powołano niemieckiego lekarza urzędowego z tytułem radcy medycynalnego.

W okresie wojny sprawowało urząd decernenta kolejno czterech Niemców. Pierwszy z nich dr Reichel ograniczał się głównie do kontroli nad polskim Wydziałem zdrowia. W czasie jego urzędowania wyłączono z zakresu działania urzędu zdrowia sprawy weterynaryjne. Ponieważ wśród wojska niemieckiego dał się zauważyć wzrost liczby zapadań na choroby płciowe, dr Reichel spowodował wydanie rozporządzenia Generalnego Gubernatorstwa z dnia 22 lutego 1940 r. o zwalczaniu chorób płciowych. Rozporządzenie to wprowadzało przymus zgłaszania przez lekarzy stwierdzonych zachorowań, po czym poszukiwano źródła zakażeń. Może niepotrzebnie systematyczność niemiecka zmuszała lekarzy do ujawnienia nazwisk leczących się, a już całkiem chybione dyskryminujące Polaków było postanowienie grożące karą śmierci polskiemu partnerowi, zakażającemu partnera niemieckiego. Na szczęście nie było żadnych wyroków śmierci.

Czynności związane z chorobami płciowymi prowadził jednak nie Wydział Zdrowia, lecz niemiecki lekarz urzędowy, który wyręczał się, o ile chodzi o Niemców specjalnie zaangażowanym do tego niemieckim płciownikiem. Wypadki dotyczące Polaków, załatwiał polski płciownik początkowo pod nadzorem niemieckiego płciownika, a później samodzielnie.

Do ujemnych zarządzeń jakie Reichel wydał należy oddanie do dyspozycji niemieckiemu Wydzia-

łowi Pracy odkażalni i domu noclegowego przy ul. Nadwiślańskiej, przekazanie wojsku trzech baraków M. Zakładów Sanitarnych, odstąpienie niemieckiemu Wydziałowi Weterynarii Dystryktu lokali przygotowanych na umieszczenie Miejskiej Pracowni bakteriologicznej, wreszcie zniesienie instytucji 10 lekarzy szkolnych.

Oddanie odkażalni pozbawiło miasto przez trzy lata przeszło możliwości przeprowadzania należytej walki z wrastającą wszawicą, utrata 105 łóżek szpitalnych pociągnęła za sobą ograniczenie i tak już dostatecznych możliwości odosabniania gruźlików. Bakteriolog miejski do końca wojny nie odzyskał ani zajętych, ani innych lokali na pracownię i musiał badania swe przeprowadzać częściowo w pracowni własnej, a częściowo w Państwowym Zakładzie Higieny. Zniesienie osobnych lekarzy szkolnych odbiło się niekorzystnie na higienie szkolnej.

Dalsza ujemna strona działalności dra Reichla, będącym już tylko pośrednio związanym z publiczną miejską służbą zdrowia, to przeznaczenie szpitala Ubezpieczalni im. Gabriela Narutowicza na tzw. Szpital Niemiecki. Krok ten był początkiem całego szeregu następujących po sobie zarządzeń odbijających się niekorzystnie na rozwoju polskiego szpitalnictwa.

C. d. n.

KRAKOWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE

Protokół
z posiedzenia naukowego z dnia 23 maja 1945 r.

Doc. Brzezicki wygłosił odczyt pt. „*O osobowości histerycznej*".

Wychodząc z badań nad 80 osobnikami produkującymi ataki histeryczne i odznaczającymi się wyraźnym charakterem histerycznym, referent przebadał przodków i potomków tych osób na histerię, inne objawy psychopatyczne, na ich przynależność do kręgów charakterologicznych według typologii opisanej przez Kretschmera, na choroby umysłowe, na ich budowę tak pod względem konstytucjonalnym jak i antropologicznym i na ich stygmatyzację wegetatywną. Z powodu badania tychże i linii bocznych ich rodów doszedł do poważnej cyfry przebadanych 2173 osób.

Otóż okazało się, że objawy histeryczne i charakter histeryczny spotyka się najczęściej u typów leptosomno-dysplastycznych (41$^0/_0$).

Okazało się dalej wyraźnie dziedziczenie charakteru histerycznego w sposób prawie dominantny i prawdopodobnie polymeryczny. Stwierdził następnie, że w charakterze histerycznym wyróżniają się wyraźnie dwa typy, typ finezyjno-rafinowany, charakteryzujący się finezyjną grą teatralną wynikającą z rozbieżności między chęcią, a możnością wykonania danego zadania życiowego, fantastycznością, rafinowanym egocentryzmem i nastrojami oraz afektami o skaczących względnie bujających wahaniach. Ucieczka w chorobę jest objawem spotykanym, jednak nie zasadniczym.

Typ drugi, prymitywny, charakteryzuje się przede wszystkim prymitywnym podchodzeniem do spraw życiowych. Jeśli chory gra swoją rolę życiową teatralnie, to gra ją bez finezji i bez wyrafinowania tylko w sposób niewyszukany. Ucieczka w chorobę we wszelkich formach, głównie jednak w postaci szybkiego przełączania swoich katatymnych i kompleksowych afektów oraz nieziszczalnych celów życiowych na odruchowe mechanizmy preformowane, leżące jakby w dyspozycji na dnie jego duszy — to bardzo częste i charakterystyczne objawy dla tej prymitywnej grupy.

Widzimy zatem, że właśnie te prymitywne typy produkują przede wszystkim objawy tzw. histeryczne. Pozatem badania nad dziedziczeniem histerii wskazują także na to, że istnieją typy, u których charakter histeryczny jest jakby utajony, ukryty, U tych typów tylko zupełnie wyjątkowe sytuacje życiowe pozwalają na ujawnienie się utajonych objawów histerii, leżących jakby w dyspozycji i tylko istniejących zasadniczo, a nie objawiających się w życiu normalnym, codziennym. Typy te jednak należą do rodów histerycznych.

Badanie dziedziczności histerii wskazuje dalej, że histeria dziedziczy się w tym samym składzie antinomicznym dalej w odróżnieniu od innych form psychopatii, które dziedziczą się zwykle nie w tym samym składzie charakterologicznym. W ten sposób powstaje osobny krąg charakterologiczny dziedzicznie uwarunkowany tak jak gråg schizotymiczny, który referent nazywa kręgiem skirtetymicznym (skirtao — skaczę), a który nie wykazuje żadnej łączności ani pokrewieństwa z kręgiem schizotymicznym ani cyklotymicznym ani epileptoidnym. Wynikiem tego jest normalna ilość endogennych schorzeń umysłowych i epilepsji wśród rodzin probantów.

Wśród 2173 osób znalazł 481, które wykazują normalny skirtetymiczny temperament i charakter. Wykoślawieniem i zaostrzeniem tego normalnego typu jest skirtetoid czyli charakter histeryczny o którym mowa.

Stopniowana i stosowana penetracja genów oraz dziedziczenie części podłoża daje prawdopodobnie te płynne przejścia w normę, tworząc jednak krąg dziedziczny, specjalny krąg skirtetymiczny.

Badania antropologiczne nie dały wyraźnych wyników. Badania systemu wegetatywnego wykazały tylko wyraźną stygmatyzację wegetatywną typów histerycznych, skłonność do wegetatoz i chorób allergicznych.

Badania referenta wykazały pozatem, że tak zwane objawy neurologiczne histerii są głównie produkowane przez typy prymitywne, jednak bardzo silnie zależą od konstelacji, od warunków zewnętrznych, od mody i czasokresu, w którym żyjemy. Wobec czego mogą być te objawy przez odpowiednie wychowanie ujarzmione o ile to wychowanie rozpocznie się dość wcześnie — od dzieciństwa.

Dr Jarema wygłosił odczyt pt. „*Elektrowstrząsy jako nowa metoda leczenia chorób umysłowych*" (rzecz ukaże się w druku).

W dyskusji prof. Tempka zapytuje o mechanizm działania elektrowstrząsów. Dr Jarema podaje, że czyniono w tym kierunku badania, lecz rzecz nie została pewnie stwierdzona. Wydaje się, że napad drgawkowy powstaje na skutek nagłych zmian w naczyniach tętniczych mózgu, pod wpływem prądu.

Dr Horodeński zauważa, że działanie elektrowstrząsów na ustrój ludzki tłumaczy Hildebrandt zwiększonym przekrwieniem mózgu i związaną z tym wzmożoną przemianą materii, którą potęgują jeszcze drgawki (wywołane produkcją kwasu mlekowego i węglowego). Na oddziele neurologiczno-psychiatrycznym szpitala św. Łazarza w Krakowie byli dokładnie badani wszyscy chorzy przed, podczas i po wstrząsie. Na tej podstawie doszliśmy do następujących wniosków: nie stwierdzono zmian patologicznych po napadzie w moczu. Parcie krwi i tętno bezpośrednio po napadzie drgawkowym zwiększa się, a następnie w kilka do kilkunastu minut wraca do normy. W napadzie poronnym (amnezja bez drgawek) parcie krwi obniżone, tętno bez zmian albo nieco zwolnione. Stąd wniosek, że podwyższenie parcia krwi i przyspieszenie tętna jest wywołane nie działaniem prądu na substancję mózgową, lecz uogólnionymi drgawkami (praca mechaniczna mięśni). — Stosowano prąd przy stałym woltażu i zmiennej ilości M. amp. i czasie. Największe ilości wynosiły 400 Ma, 1,2 sek., najniższe wartości 200 Ma i 0,4 sek. Już po opuszczeniu oddziału dowiedzieliśmy się, że pewien chory miał spazmy (podczas ząbkowania) i że w 10 miesięcy po opuszczeniu oddziału dostał napadu epileptycznego. Na ogół młodzi pacjenci reagują drgawkami przy niższych wartościach. Bezdech najdłużej obserwowano 2,30 sek. Stosowano sztuczne oddechanie. Stosowano elektrowstrząsy u chorych na padaczkę: reagowali oni na ogół przy mniejszych wartościach, których jednak nie można użytkować dla celów rozpoznawczych. Stosowano też wstrząsy przy wyraźnej wadzie serca; żadnych komplikacyj nie obserwowano. Jeden tylko chory uskarżał się zawsze na bóle mięśniowe w plecach po każdym wstrząsie. Staraliśmy się stosować zawsze najniższe wartości dla wywołania wstrząsu. Stosowaliśmy elektrowstrząsy u chorych ciężarnych: w 8 miesiącu i 4-ym. W obu wypadkach porody i rozwój dzieci (bliźnięta w jednym przypadku) zupełnie prawidłowe. W jednym wypadku chory daltonista przez 2 tygodnie po elektrowstrząsie (po 4 więcej nie stosowano) odróżniał kolor czerwony.

Dr Morawska zapytuje, czy czyniono próby elektrowstrząsów przy epilepsji i do jakich doszło się wniosków. Dr Jarema w odpowiedzi zaznacza, że wartości prądu użyte dla wywołania napadu drgawkowego u epileptyka są znacznie mniejsze, niż u normalnego człowieka. Wywołanie napadu drgawkowego u epileptyka zabezpiecza go przed samoistnym napadem epileptycznym na pewien czas, czyli „rozładowuje" jego pogotowie drgawkowe. Znaczne pogotowie drgawkowe u epileptyka tłumaczy małe dawki prądu potrzebne do wywołania napadu.

Dr Obtułowicz zapytuje, czy przy próbie ponownego wywołania wstrząsu bezpośrednio po pierwszym zastosowaniu prądu zwiększa się dawki, czy też ponawia te same. Dr Horodeński w odpowiedzi podaje, że on ponawia te same dawki. Dr Jarema w odpowiedzi podkreśla, że musimy zwiększyć dawkę, ponieważ w kilka do kilkunastu minut po zastosowaniu prądu istnieje zwiększona tolerancja na prąd. Zastosowanie ponownie tej samej dawki nie wywoła pełnego napadu, o ile przy pierwszej próbie go nie było.

Z IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

ŚWIAT LEKARSKI NA ROZDROŻU

W zesz. 2 Nowin Lekarskich z dn. 15. 6. 1945 r. czytamy w dziale informacyjnym znamienną notatkę o zebraniu organizacyjnym Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, którego sekcją został zamianowany Związek Lekarzy R. P.

W ślad za Łodzią poszedł Poznań.

W zesz. 1 Nowin Lek. czytaliśmy o utworzeniu Związku Lekarzy P. P. W zesz. 2 Związek Lekarzy P. P. zakończył swój żywot jako samodzielny Związek i stał się sekcją Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia.

Zczepianie lekarzy z jakimkolwiek związkiem zawodowym stanowi bardzo poważne niebezpieczeństwo dla polityki zdrowia w państwie. Zdarzyły się już wypadki, że lekarze kolejowi utworzyli sekcję lekarzy w związku zawodowym kolejarzy (Z. Z. K.), a lekarze pracujący w Ministerstwie Komunikacji przystąpili do Związku Zawodowego Pracowników Państwowych.

Należy się obawiać, że lekarze ubezpieczeń społecznych utworzą sekcję w Związku Pracowników Ubezpieczeń Społecznych.

Grozi to rozbiciem lekarzy na pojedyncze grupy, które będą się wzajemnie zwalczały.

Starsi koledzy pamiętają jeszcze homeryckie boje, które prowadził ówczesny Związek Lekarzy P. P. po powstaniu niepodległej Polski z Kasami chorych i z lekarzami pracującymi w Kasach, zwalczając głównie ideę ubezpieczeń społecznych jako wroga praktyki prywatnej i wolności zawodu lekarskiego.

Nie po to powstało Ministerstwo Zdrowia, aby znowu było w państwie i w ministerstwach 18 komórek zdrowia rozkojarzonych w swojej działalności. Ministerstwo musi scalić wszystkie agendy zdrowia w swym ręku. Kraków zdołał w Cent. Komisji Związków Zawodowych zarejestrować Związek Zawodowy Lekarzy R. P. Jest to pierwszy krok ku stworzeniu samodzielnego Związku zawodowego lekarzy w całym państwie.

Należy oczekiwać, że Ministerstwo Zdrowia zajmie w tej sprawie stanowisko odpowiadające istotnym potrzebom zdrowia publicznego z uwzględnieniem obrony interesów zawodowych lekarzy. *Dr J. Gołąb.*

Lista strat

Ogólnie liczbę lekarzy praktykujących w Polsce w r. 1945 ustala się na około 7.000.

Ponieważ przed wojną cyfra lekarzy wynosiła 12.917 możemy przyjąć, że w czasie wojny zginęło około 7000 lekarzy (liczę się z tym, że przybyło w czasie okupacji około 1000 lekarzy; w tej liczbie są tacy, którzy ukończyli studia lekarskie w pierwszych miesiącach okupacji, uzyskali dyplomy sowieckie, dyplomy niemieckie lwowskie i dyplomy tajnego nauczania).

Listą, którą ogłaszam pragnę zapoczątkować rejestrację strat w obrębie Izby Lekarskiej w Krakowie. Lista z istoty rzeczy będzie niekompletna, będzie zawierała nie zawsze zupełnie stwierdzone dane.

Na tej drodze zwracam się do wszystkich Kolegów o podawanie pod adresem Redakcji sprostowań i uzupełnień.

Przed wojną umierało przeciętnie rocznie około 30 lekarzy w obrębie naszej Izby, w czasie okupacji cyfra ta wzrosła o 50%.

Dr *J. Gołąb*

* * *

1. Dr Ackermann Adam z Krakowa, zmarł śmiercią naturalną 10. II. 1941.
2. Dr Ambrożewicz Włodzimierz z Warszawy, zamordowany w Katyniu 1941.
3. Dr Arsenicz Roman z Wieliczki, zm. śm. nat. 8. IV. 1942.
4. Dr Altstädter Zofja wywieziona do Bełzca w r. 1942.
5. Dr Armer Wilhelm zastrzelony w Płaszowie w styczniu 1944.
6. Dr Bannett Arnold z Krakowa, jeden z założycieli Krak. Ochotn. Twa Rat. zm. śm. nat. 18. VIII. 1942.
7. Dr Bartkiewicz Bronisław z Warszawy, zm. śm. nat. 23. III. 1940.
8. Dr Bielski Jerzy z Częstochowy, zm. śm. nat. 16. IV. 1940.
9. Dr Bijasiewicz Wiktor z Kielc, zm. śm. nat. 4. III. 1941.
10. Dr Biluchowski Tadeusz, b. poseł na Sejm zm. śm. nat. 23. III. 1941.
11. Dr Birkenfeld Karol z Krakowa, zm. śm. nat. 29. III. 1941.
12. Dr Bieńkiewicz Zofia z Dąbrowy Górn., zm. śm. nat. 28. XII. 1942.
13. Dr Blasberg Maksymilian z Krakowa, wywieziony do obozu koncentracyjnego w Niemczech w r. 1944.
14. Dr Blankstein Felicja z Krakowa, zamordowana w Rabce w grudniu 1942.
15. Dr Bier Leonard z Krakowa, doc. Uniw. Jag. zm. śm. nat. 27. V. 1943.
16. Dr Biernacki Henryk z Krakowa, zm. śm. nat. 24. I. 1944.
17. Dr Billig Adam z Sosnowca, zm. śm. nat. 13. VI. 1943.
18. Dr Borkowski Adam z Częstochowy, zm. śm. nat. 15. IV. 1942.
19. Dr Blauówna Rozalia z Krakowa, zastrzelona 13. III. 1943.
20. Dr Broniatowski Pejlet (Paweł) z Częstochowy, zm. śm. nat. 21. III. 1942.
21. Dr Brzostek Aleksander z Kielc, zm. śm. nat. 1. VII. 1943.
22. Dr Brzeski Jan sen. z Brzeska, znany działacz ludowy, zmarł w Oświęcimiu 11. III. 1942.
23. Dr Bularski Jan z Kielc, rozstrzelany we Lwowie 24. X. 1943.
24. Dr Ciałowicz Leon z Jędrzejowa, zm. śm. nat. 18. XII. 1942.
25. Dr Cichański Aleksander z Krynicy, zm. śm. nat. 25. IV. 1943.
26. Dr Chowaniec Wanda z Krakowa, zm. śm. nat. 18. X. 1943.
27. Dr Ćwikliński Eugeniusz z Krakowa, zm. śm. nat. 26. VIII. 1940.
28. Dr Ćwikliński Alfred z Krakowa, zginął od bomby we wrześniu 1939.
29. Dr Czapnicka Helena z Krakowa, wywieziona do Bełzca w r. 1942.
30. Dr Dobrowolski Witold z Krakowa, zmarł 17. IV. 1940.
31. Dr Dudziński Jan z Nowego Sącza, zginął w Oświęcimiu 30. IV. 1941.
32. Dr Dziuba Stanisław z Krakowa, zm. śm. nat. 27. II. 1942.
33. Dr Drettler Julian z Kobierzyna, zginął w Warszawie 13. VIII. 1944.
34. Dr Dym Ozjasz z Krakowa, zamordowany we Lwowie w jesieni 1942.
35. Dr Distler z Krakowa, wywieziony do Bełzca w r. 1942.
36. Dr Distler Fryderyka, wywieziona do Bełzca w r. 1942.
37. Dr Eisenberg Filip z Krakowa, zamordowany we Lwowie 18. VIII. 1942.
38. Dr Eibenschütz Stanisław wywieziony do Bełzca w r. 1942.
39. Dr Engländer Bernard z Krakowa, zaginiony.
40. Dr Friedecker Salomon z Krakowa, zm. śm. nat. 7. IX. 1939.
41. Dr Feldmaus Benedykt z Krakowa, zaginiony.
42. Dr Fleischmann Hanna wywieziona do Bełzca w r. 1942.
43. Dr Fuchs Leon z Krakowa, zm. śm. nat. 7. III. 1940.
44. Dr Fraenkel Józef z Bochni, zm. śm. nat. 9. II. 1940.
45. Dr Fürbek Leon z Tarnowa, zm. śm. nat. 20. V. 1942.
46. Dr Frischer Józef z Krakowa, zamordowany w Warszawie z końcem r. 1942.
47. Dr Fischer Zygfryd z Krakowa, zastrzelony 13. III. 1943.
48. Dr Friedman Kalman z Krakowa, wywleczony ze szpitala po przebyciu tyfusu z początkiem r. 1942 w Płaszowie.
49. Dr Fromowicz z Krakowa, zamordowany we Lwowie 18. VIII. 1942.
50. Dr Fischhab Izydor z Krakowa, zaginiony.
51. Dr Gabryszewski Tadeusz z Zakopanego, zm. śm. nat. 19. XI. 1939.
52. Dr Godłowski, zaginiony.
53. Dr Grzybowski Grzegorz z Krakowa, zm. śm. nat. 23. XI. 1939.

54. Dr Glassner Roman z Krakowa, zastrzelony w Skarżysku 1944.
55. Dr Górka Józef z Sędziszowa, zm. śm. nat. 27. III. 1940.
56. Dr Gazdowski Franciszek z Przytyka, zm. śm. nat. 1. V. 1940.
57. Dr Graniczny Wiktor z Wiślicy, zm. śm. nat. 11. I. 1942.
58. Dr Grüner Aleksander z Krakowa, zm. śm. nat. we Lwowie 22. IX. 1941.
59. Dr Goldmann Amelia z Krakowa, wywieziona do Bełzca w r. 1942.
60. Dr Guttmann Gizela, wywieziona do Bełzca w r. 1942.
61. Dr Glaser Henryk z Krakowa, zm. śm. nat. 17. IV. 1942.
62. Dr Gieszczykiewicz Marian, prof. U. J. zginął w Oświęcimiu 2. VIII. 1942.
63. Dr Godlewski Emil, prof. U. J., zm. śm. nat. 25. IV. 1944.
64. Dr Goldblatt Edward z Krakowa, zadręczony i stratowany butami w Płaszowie w sierpniu r. 1944.
65. Dr Goliński Jan z Krakowa, zm. śm. nat. 7. X. 1944.
66. Dr Gałziński Franciszek z Krakowa 25. XII. 1942.
67. Dr Gruszecki Wojciech z Gdyni, zm. śm. nat. 10. III. 1943.
68. Dr Gnoiński z Limanowej, zm. śm. nat. 20. V. 1944.
69. Dr Gąsiorowski Stanisław z Krakowa, zm. śm. nat. 23. IV. 1943.
70. Dr Górski Włodzimierz z Nowego Sącza, zm. śm. nat. 16. IV. 1943.
71. Dr Guttmann Leon z Częstochowy, zamordowany we Lwowie 27. XII. 1942.
72. Dr Guzowski Stefan z Dąbrowy Górniczej, zm. śm. nat. 8. VIII. 1942.
73. Dr Grodziński Adam z Krakowa, rozstrzelany przy ul. Botanicznej.
74. Dr Haber Maurycy z Krakowa, zm. śm. nat. 6. IX. 1942.
75. Dr Haber Dora z Krakowa, zm. śm. nat. 4. IX. 1942.
76. Dr Heller Tadeusz z Krakowa, zmarł w Uzbekistanie 28. II. 1942.
77. Dr Holländer Erna z Krakowa, wywieziona do obozu koncentrycyjnego w Niemczech.
78. Dr Haber Marek zaginiony.
79. Dr Habicht Kazimierz z Krakowa, zm. śm. nat. w lipcu 1943.
80. Dr Horowitz Maksymilian z Krakowa zaginął.
80. Dr Hisztin Mieczysław z Nowego Targu, zm. śm. nat. 26. I. 1941.
82. Dr Herschdörfer Osjasz z Krakowa, zm. śm. nat. w Przemyślu 29. XII. 1942.
83. Dr Hirschtalówna Maria z Krakowa, zginęła podczas ucieczki z Getto w listopadzie 1942.
84. Dr Hein Kazimierz z Kielc, zm. śm. nat. 12. V. 1943.
85. Dr Händler Mojżesz z Krakowa, zastrzelony w Drohobyczu w r. 1943.
86. Dr Huszno Feliks z Koniecpola, zm. śm. nat. 31. V. 1940.
87. Dr Jabłoński Antoni z Krakowa, zm. śm. nat. 30. XI. 1942.
88. Dr Jankowski Stanisław z Krakowa, zm. śm. nat. 11. IV. 1942.
89. Dr Janczy Franciszek z Nowego Sącza, zm. śm. nat. 16. XII. 1941.
90. Dr Januszkowski Aleksander z Zakopanego, zm. śm. nat. 16. VII. 1942.
91. Dr Jarosz Jan z Nowego Sącza, zamordowany w Oświęcimiu 21. VIII. 1941.
92. Dr Jakubczak Franciszek z Dobrzechowa, zm. śm. nat. 29. VII. 1943.
93. Dr Joffe Gustawa z Krakowa, zginęła w Brzesku we wrześniu 1942.
94. Dr Juchtman Maurycy z Wierzbnika, zm. śm. nat. 4. II. 1940.
95. Dr Jurkowicz Amalia z Krakowa, wywieziona do Bełzca w r. 1942.
96. Dr Jurowiczowa Czesława z Krakowa, zm. śm. nat. w Płaszowie w lecie 1943.
97. Dr Jakobson Leopold z Krakowa, zastrzelony w Stryju w r. 1942.
98. Dr Karasiówna Zofia z Suchej, zmarła 26. X. 1942.
99. Dr Kiersnowski Stanisław z Radomia, zm. śm. nat. 6. XII. 1939.
100. Dr Kluczyński Jerzy z Krakowa, zm. śm. nat. 4. IX. 1939.
101. Dr Kowalewski Kazimierz z Iłży, zm. śm. nat. 21. III. 1940. (c. d. n.)

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

Po długiej nocy wojennej, dzięki energii prof. dra Waltera Krakowskie Towarzystwo Lekarskie odżyło i począwszy od 25 kwietnia b. r. odbywają się co środę o godz. 18-tej posiedzenia w sali wykładowej Kliniki Ginekologicznej U. J. przy ul. Kopernika 23. Doskonała frekwencja, wynosząca przeciętnie przeszło 100 słuchaczy, szereg odczytów wybitnych klinicystów krakowskich, liczne i bardzo ciekawe pokazy składają się na obraz rozkwitu Towarzystwa.

Biblioteka Towarzystwa Lekarskiego, wobec zniszczenia gmachu przy ul. Radziwiłłowskiej, została w całości przeniesiona do lokalu Izby Lekarskiej przy ul. Krupniczej 11 A, gdzie w niedługim czasie zostanie udostępniona ogółowi lekarskiemu.

Dziekanem Wydziału Lekarskiego U. J. na rok szkolny 1945/46 obrano prof. dra Supniewskiego.

Lekarski Instytut naukowo-wydawniczy jako instytucja państwowa, podległa Ministrowi Zdrowia, zostanie w najbliższym czasie powołany do życia w Warszawie. Pierwszymi wydawnictwami instytuty będą: dwutygodnik „Dziennik zdrowia", urzędowy

organ Ministerstwa Zdrowia i Izb lekarskich, następnie tygodnik lekarski, miesięcznik „Zdrowie publiczne“ oraz miesięcznik popularny „Na straży zdrowia“. Instytut przygotowuje do druku również serię podręczników lekarskich, których brak daje się bardzo odczuwać. Pierwszą książką, która opuści prasę drukarską, będzie podręcznik higieny prof. Gądzikiewicza.

Urząd Wojewódzki Kielecki, Wydział Zdrowia Nr Z. 1. 21/105/45. *Zapotrzebowanie lekarzy.* Kielce, dnia 23 lipca 1945. Do Izby Lekarskiej w Krakowie Urząd wojewódzki prosi o skierowanie lekarzy poszukujących posad. — Brak lekarzy wszystkich specjalności, zwłaszcza chirurgów i ginekologów.

Za Wojewodę dr Słowik Jerzy (Nacz. Wydz.).

Z P. A. U.

Na uroczystym, publicznym zebraniu Polskiej Akademii Umiejętności w dniu 20. VII. 1945 r. generalny sekretarz prof. Tadeusz Kowalski wypowiedział następujące słowa:

„Nie może jednak minąć ten uroczysty dzień, w którym Polska Akademia Umiejętności po długim letargu po raz pierwszy zabiera głos publicznie, zdając społeczeństwu polskiemu sprawę z swych usiłowań, trosk i nadziei, by z tego miejsca nie zabrzmiał donośny głos oskarżenia w stronę narodu niemieckiego. My, przedstawiciele nauki polskiej, oskarżamy was wobec całego świata, żeście napadli na nas zdradziecko, żeście za gościnę tylekroć wam użyczoną odpłacili nam czarną niewdzięcznością, żeście zbeszcześcili świątynię nauki, niszcząc jak barbarzyńska horda nasz dorobek kulturalny, żeście, mając siłę, zastosowali wobec nas podłą zdradę, że jesteście winni śmierci naszych najlepszych mężów i uczonych, którzy umierali w straszliwej poniewierce, dręczeni do ostatniego tchnienia“.

W roku akademickim 1945/46 w skład Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego wejdą jako przedstawiciele docentów doc. dr Janina Kowalczykowa oraz doc. dr Bronisław Stępowski. Ustępują z Rady Wydziału doc. dr Brzezicki i doc. dr Wilczek.

Dyrektorem Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie mianowany został dr Józef Bellert.

Veniam legendi w zakresie pedjatrji w Uniwersytecie Jagiellońskim uzyskał dr Tadeusz Giza.

PRZEGLĄD PISM CODZIENNYCH

Z powodu rozerwania łączności na skutek trudności komunikacyjnych, prasa codzienna bywa obecnie często jedynym źródłem informacji dla rozmaitych zawodów. Ponieważ często zawiera ona informacje co do zapotrzebowania lekarzy i dane o powstaniu nowych placówek, Redakcja postanowiła notatki te zbierać, jak długo to okaże się potrzebne.

Odmuchów (Śląsk Opolski), podgórskie miasteczko, mało zniszczone, w pobliżu 7-mio kilometrowego pięknego jeziora. Przed wojną 5000 mieszkańców. Brak lekarzy (Dz. Pol. 23. VII. 45).

Akademia lekarska w Gdańsku przystępuje do rejestrowania przyszłych studentów medycyny. Na razie zgłoszenia przyjmuje prof. dr Grzegorzewski w Warszawie, Chocimska 24. Od 5 sierpnia b. r. rejestracje odbywać się będą już w Gdańsku (Dz. P. 20. VII. 45).

Walbrzych. Polska ludność w tym rejonie cierpi na brak opieki lekarskiej. Całkowicie urządzone i doskonale wyposażone gabinety lekarskie czekają na napływ lekarzy.

Kłodzko. Piękne górskie miasteczko 30 km od granicy czeskiej. Powiat wybitnie przemysłowy. W okolicy wiele uzdrowisk: Altheide, Chudoba (Bad Kudoba), Lądek (Landeck), Duszniki (Bad Reinerz) itp. znanych z bogatych źródeł mineralnych, borowiny oraz naturalnych kąpieli radioaktywnych, jodowych, żelazistych, siarczanych itd. Mnóstwo znanych sanatoriów (Dz. P. 14. VII. 45).

W Kazuniu pod Warszawą powstał ośrodek hodowli roślin leczniczych, prowadzony przez farmaceutów (Dz. P. 22. VII. 45).

Lignica: piękne miasto-ogród. W Karkonoszach kilka kąpielisk, ośrodków zdrowotnych, kompletnie gotowych do uruchomienia, czekających tylko na fachową obsługę i letników.

Najbliższa okolica Lignicy obfituje w pola ziół leczniczych. Samo miasto potrzebuje kilku lekarzy, w szczególności internistę, chirurga, dermatologa (Dz. P. 7. VII. 45).

W Olkuszu otwarto ośrodek zdrowia.

Dolny Śląsk. W miasteczkach z powodu braku lekarzy polskich praktykują niemieccy. Zostaną oni natychmiast usunięci, jeśli przybędzie dostateczna ilość lekarzy polskich (Dz. P. 5. VIII. 45).

Miejskie ambulatorium dentystyczne szkolne otwarto w Krakowie przy pl. św. Ducha 3. Czynne codziennie od 14—16 (z wyj. sobót).

W Drwalewie (pow. grójecki) uruchomiono Państwowy Zakład Biologiczno-farmaceutyczny, laboratorium i hodowlę zwierząt doświadczalnych oraz plantację ziół leczniczych. Placówka ta wznowiła swoją działalność mimo ciężkich szkód, jakie wyrządzili Niemcy przez wywiezienie 40 wagonów urządzeń laboratoryjnych i całego, żywego inwentarza zakładu, w tym 266 koni. Zawdzięczać to należy dzielnej postawie tamt. zespołu lekarskiego.

Już w marcu wykonano pierwsze zamówienia na szczepionkę przeciw tyfusowi brzusznemu dla Nadzwyczajnego Komisariatu Walki z Epidemiami. Tempo produkcji wzrastało stale i do 1 lipca b. r. zakłady dostarczyły na potrzeby W. P., Min. Rolnictwa i Nadzw. Kom. Walki z Epid. surowic i szczepionek wartości ponad 3 miliony zł. Produkcja szczepionki przeciw durowi brzusznemu wynosi obecnie ponad 1000 litrów mies. Przygotowuje się również szczepionkę przeciwczerwonkową oraz surowicę bło-

nicą i przeciwtężcową. Zakłady dostarczają suszonych ziół leczniczych i preparatów galenowych.

Zakłady pracują bez zasiłku i pożyczek, a wszystkie osiągnięcia zawdzięczają ofiarnej pracy personelu laboratoryjnego i komitetu folwarcznego (Kur. Codz. 1. VIII. 45).

Nadarzyn (pow. błoński). Otwarto wiejską „Spółdzielnię Zdrowia“ pod egidą P. C. K.

Z OSTATNIEJ CHWILI

W ostatniej chwili doszła Redakcję bolesna wiadomość o zgonie dr Stanisława Ciechanowskiego († 10 sierpnia 1945) prof. Uniwersytetu Jagiellońskiego i czł. Pol. Akademii Umiejętności.

NA WZNOWIENIE „PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO" ZŁOŻYLI:

500 zł

Doc. dr Brzezicki Eugeniusz
Prof. dr Miodoński Jan
Doc. dr Nowicki Stanisław
Doc. dr Oszast Zbigniew
Prof. dr Walter Franciszek
Prym. dr Zborczyński Franciszek
Prof. dr Zubrzycki January

400 zł

Prym. dr Jasieński Jerzy

300 zł

Dr Czaplicki Zdzisław
Dr Klinowski Czesław
Dr Łukaszczyk Franciszek
Doc. dr Stępowski Bronisław
Dr Wyrobek Emil

200 zł

Prof. dr Kostrzewski Józef
Prof. dr Lewkowicz Ksawery
Prof. dr Tempka Tadeusz
Doc. dr Obtułowicz Tadeusz
Prym. dr Gołąb Jan
Doc. dr Wilczek Marian
Dr Fenczyn Jan
Dr Paszkowski Stanisław
Dr Pykosz Tadeusz
Dr Guschlbauer Tadeusz
Dr Górski Franciszek
Dr Kelhofer Artur
Dr Ciećkiewicz Marian
Dr Stypa Mieczysław
Dr Szybist Halina
Dr Nowak Stanisław
Dr Mucha Stanisław
Dr Pochopień Franciszek
Dr Löwenhoff Konstanty
Dr Smoluchowski Adam
Dr Dorawski Jan

150 zł złożyli:

Dr Koniar Tadeusz
Dr Ros Jan
Dent. Zubrzycka Wanda

120 zł

Dr Surowiec Antoni

100 zł

Prof. dr Oszacki Aleksander
Doc. dr Siedlecki Feliks
Dr Szczeklik Edward
Prym. dr Karelus Kazimierz
Doc. dr Chwalibogowski Artur
Prym. dr Schwarz Stefan
Doc. dr Michałowski Emil
Doc. dr Tochowicz Leon
Dr Kania Henryk
Dr Kubiczek Mieczysław
Dr Laszczka Czesław
Dr Jakubiec Mieczysław
Dr Motak Aleksander
Dr Pasierbiński Stanisław
Dr Heczko Paweł
Dr Pieniążek Janusz
Dr Miklaszewski Wiktor
Dr Kędra Mieczysław
Dr Czapliński Zbigniew
Dr Giza Tadeusz
Dr Barta Karol
Dr Chudoba Antoni
Dr Capiński Zbigniew
Dr Boczar Kazimierz
Dr Grochmal Stanisław
Dr Łabużek Kajetan
Dr Kędracki Antoni
Dr Huczek Jerzy
Dr Miklaszewska Jadwiga
Dr Kulczycka Bronisława
Dr Komorowska Iwona
Dr Gergovich Helena
Dr Kubatko Eugeniusz
Dr Perek Bernard
Dr Owsiński Józef
Dr Marcinkowski Włodzimierz
Dr Żabiński Robert
Dr Kruczek Szczepan
Dr Godlewski Wacław
Dr Nowosielski Włodzimierz
Dr Polek Aleksander
Dr Konstantynowicz Antoni
Dr Doening Tadeusz
Dr Leńko Jan
Dr Jahoda Maria
Dr Nowakowa Janina
Dr Hanak Józef

Dr Kozień Zofia
Dr Nowak Tadeusz
Dr Kuśnierz Karol
Dr Ceysinger Janina
Dr Pachońska Janina
Dr Romanowski Jan
Dr Łukawski Stanisław
Dr Serafinowa Romualda
Dr Stein Bolesław
Dr Ciemborowicz Antoni
Dr Popek Walenty
Dr Szlichcińska Wanda
Dr Chomicz Jarosława
Dr Nowak Marian
Dr Kalitowski Czesław
Prym. dr Łapiński Stanisław
Doc. dr Szabuniewicz Bożydar
Dr Solarski Zbigniew
Dr Gibiński Kornel
Dr Wcisło Wincenty
Dr Cetnarowicz Jan
Dr Sidorowicz Wacław
Dr Goliński Kazimierz
Dr Wysocka Felicja
Dr Mach Bronisław
Dr Laszczak Władysław
Dr Grabczyński Jan
Dr Okoński Zdzisław
Dr Piątkowski Jerzy
Dr Jarema Michał
Dr Warchałowski Czesław
Dr Rajchel Telesfor
Dr Tkaczyk Franciszek
Dr Żuliński Kazimierz
Dr Stawiarska Gabriela
Dr Otęski Leonard
Dr Lutyński Czesław
Dr Strzemeska Zofia
Dr Mazurkiewicz Anna
Dr Kaczor Józef
Dr Kasprzyk Mieczysław
Dr Baranowska Zofia
Dr Żabianka Maria
Dr Primus Władysław
Prof. dr Szumowski Władysław
Dr Kukulski Zbigniew
Dr Pawłowski Włodzimierz
Dr Sokołowski Adam
Dr Klimaszewska Augustyna
Dr Pawlicki Władysław
Dr Staszkowski Jan
Dr Zaleski Diament
Dr Ralski Lesław
Dr Brzycki Michał
Dr Roman Stanisław
Dr Hanzel Aleksander
Dr Tuszyński Mieczysław
Dr Rubczyńska Alfreda
Dr Polaczek Elżbieta
Dr Hirkawska-Ameisen Zofia
Dr Bieńkiewicz August
Dr Smreczyńska Janina
Dr Wisłouch Antonina
Dr Szarszaniewicz Janina
Dr Jaskulski Zenon

Dr Wołyńcowa Paulina
Dr Stobiecki Adam
Dr Tesarzowa Walentyna
Dr Mańkowska Maria
Dr Wydra Wojciech
Dr Konachewicz Longin
Dr Dynowski Andrzej
Dr Lorenz Mieczysław
Dr Dymnicka Waleria
Dr Woźniakiewicz Stanisława
Dr Morska Stanisława
Dr Wróblewski Stanisław
Dr Stoch Wacław
Dr Bochenek Michał
Dr Kuczewska Maria
Dr Polański Jerzy
Dr Chalfon Aleksander
Dr Sudolski Wiesław
Dr Czadowski Edmund
Dr Twardowski Marian
Dr Gruszewska Zofia
Dr Wójcik Tadeusz
Dr Grzywacz Bolesław
Dr Hełczyński Adam
Dr Luciński Adam
Dr Mazanek Władysław
Dr Ferkówna Maria
Dr Żuławski Wojciech
Dr Marszałek Stefania
Dr Wieja Jan
Dr Kumor Henryk
Dr Żychowicz Adam
Dr Lejman Kazimierz
Dr Lebioda Jerzy
Dr Kolankowski Jerzy
Dr Kowarz Helena
Dr Gina Jerzy
Dr Wyka Zdzisław
Dr Płatek Tadeusz
Dr Adamczyk Józef
Dr Kwaśniewski Bolesław
Dr Zaczek Tadeusz
Dr Durek Mieczysław
Dr Przybyłkiewicz Zdzisław
Dr Ślopek Stefan
Dr Lewicka Wanda
Dr Kaczówka Aleksander
Dr Niepokojczycka Maria
Dr Kulig Zygmunt
Dr Panas Jerzy
Dr Gérard Eryka
Dr Monne Leon
Dr Ściesińska Rafalina
Dr Kusiak Marian
Dr Lange Romuald
Doc. dr Kapuściński Stanisław
Dr Batko Józef
Dr Zakrzewski Wacław
Dr Olbrychtowa Izabella
Prof. dr Markowski Zygmunt
Dr Pieczarkowski Marian
Dr Paliwoda Zofia
Dr Żelazny Józef

Ponadto szereg lekarzy złożyło kwoty poniżej 100 zł.

Rok I Seria II Kraków Nr 3—4 (1—15 sierpnia 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11a m. 11
Tel. 543-16
Konto P. K. O. Nr IV-310

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie
Redaktor odpowiedzialny: dr J. Hozer

Rok I Seria II Kraków Nr 3—4 (1—15 sierpnia 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Województwa Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11a m. 11
Tel. 543-16
Konto P. K. O. Nr IV-310

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie Redaktor odpowiedzialny: Dr J. Hozer

MARIAN GIESZCZYKIEWICZ

Profesor zwyczajny bakteriologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. Członek korespondent Polskiej Akademii Umiejętności. — Stały sekretarz Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Ś. p. Marian Gieszczykiewicz urodził się w Krakowie w r. 1885. Z domu rodzinnego, w którym wychowywał się w tradycjach krakowskiego księgarstwa wyniósł zamiłowanie do pisanego słowa. Świadectwo dojrzałości uzyskał w r. 1907 w gimnazjum św. Anny, wykształcenie lekarskie i dyplom doktora w r. 1913 w Uniwersytecie Jagiellońskim. Już w okresie studiów zostaje najpierw demonstratorem, następnie asystentem Instytutu Weterynarii U. J. Po Swej habilitacji w r. 1919 udaje się na rok do Paryża, gdzie w Instytucie Pasteura styka się bezpośrednio z kolebką bakteriologii. Z okresu tego wynosi głęboki podziw dla geniuszu nauki francuskiej. Po powrocie w r. 1920 zostaje kierownikiem Państwowego Zakładu Higieny w Krakowie i na tym stanowisku pozostaje do czasu mianowania nadzwyczajnym profesorem bakteriologii lekarskiej U. J. Pod Jego kierownictwem katedra bakteriologii do tego czasu prowadzona wspólnie z katedrą weterynarii usamodzielnia się. W r. 1930 zostaje profesorem zwyczajnym i na tym stanowisku pozostaje do wybuchu wojny. W r. 1938 przewodniczy polskiej delegacji naukowej na międzynarodowy Kongres medycyny i higieny tropikalnej w Amsterdamie. Aresztowany w grudniu roku 1941, ś. p. Marian Gieszczykiewicz został rozstrzelany w Oświęcimiu w lecie 1942 r.

Ś. p. Marian Gieszczykiewicz był uczonym o wszechstronnych zainteresowaniach. W pracach Swych poruszał zagadnienia z najrozmaitszych dziedzin bakteriologii i kliniki chorób zakaźnych. Obok prac laboratoryjnych takich np. jak badania odczynu podłoża przy wzroście prątka gruźliczego, pisał o epidemiologii i profilaktyce grypy. Świetnie opanowana technika bakteriologiczna kierowała Go do badań szczególnie trudnych nad drobnoustrojami takimi, jak krętki żółtaczki zakaźnej i dwoinki rzeżączki i umożliwiła wyjaśnienie etiologii rzadkiej postaci krwotocznego zapalenia nerek, w którym jako pierwszy opisał w roli czynnika chorobotwórczego beztlenowe pałeczki z gatunku *Dialister pneumosinthes*. Jako jeden z pierwszych rozpoznał znaczenie witamin w podłożach bakteryjnych. Znawca języka polskiego, zabiera również głos w sprawie polskiego mianownictwa bakteriologicznego. W ostatnich latach przed wojną przystąpił do pracy nad systematyką bakteriologiczną, najtrudniejszym może działem mikrobiologii. W r. 1939 wystąpił z projektem własnego układu bakterii, odznaczającym się zarazem trafnością i przejrzystością. Nie zaniedbał jednak również praktycznego kierunku i postanowił utworzyć w Swoim zakładzie oddziały badań nad chorobami szczególnie zakaźnymi, z których pierwszym miał być oddział badań duru osutkowego. Wobec braku dobrego podręcznika bakteriologii w języku polskim podjął się trudu napisania i tej pracy nie przerwał nawet w okresie wojennym. Barbarzyństwo okupanta, które zniszczyło życie Uczonego, nie oszczędziło również Jego dzieła. Rękopis zabrany przez policję niemiecką w chwili aresztowania zginął bezpowrotnie.

W życiu codziennym ś. p. Marian Gieszczykiewicz był głęboko religijny i niezmiernie skromny. W stosunkach z ludźmi powodował się zawsze chęcią sprawiedliwej oceny człowieka i jego czynów. Ogromnie uczynny, był ulubieńcem młodzieży akademickiej wdzięcznej za często ojcowską niemal opiekę. Gorąca miłość ojczyzny i niezłomna wiara w lepszą przyszłość towarzyszyły Mu do ostatniej chwili życia.

Dr Z. Przybylkiewicz

Dr MICHAŁ JAREMA Kraków

Elektrowstrząsy jako nowy sposób leczenia chorób umysłowych *)

(Z Kliniki neurolog.-psych. U. J. w Krakowie; kier. doc. dr E. Brzezicki)

Już przeszło 12 lat mija od wejścia leczenia w psychiatrii na nowe tory. Ogarniający nas dawniej terapeutyczny nihilizm nie ma już więcej uzasadnienia. Wielu starej daty psychiatrów jak Bonhoeffer, którzy do niedawna jeszcze przypisywali nowym sposobom wstrząsowym to samo znaczenie, co dawnym sposobom leczenia upustami krwi, trwałym snem czy też leczeniu gorączkowemu, obecnie zmienia swoje stanowisko i uważa sposoby wstrząsowe za trwałą zdobycz w leczeniu chorób umysłowych.

Obok szeroko stosowanych wstrząsów hypoglykemicznych i cardiazolowych były w użyciu przejściowo w różnych krajach także inne środki wywołujące napady drgawkowe. Wspólną cechą tych metod leczniczych są liczne ujemne strony, które nie występują przy wywoływaniu wstrząsów przy pomocy prądu elektrycznego.

Na wiosnę 1938 r. przedstawił Cerletti w Tow. Lek. w Rzymie pierwszy elektrowstrząs na człowieku. Od tej chwili sposób ten szybko się rozprzestrzenia i zostaje wprowadzony w bardzo wielu klinikach.

Stosunkowo niewiele ukazało się doniesień w jego przedmiocie, co zapewne pozostaje w związku z warunkami wojennymi.

Zalety nowego sposobu są liczne: 1) Odpada wstrzykiwanie dożylne, które w pewnych wypadkach, nawet przy najlepszej technice było niemożliwe, przez co musiano leczenia zaniechać;

2) Cardiazol czy insulina są bardzo kosztowne a w warunkach wojennych często niemożliwe do otrzymania;

3) Przez całkowitą utratę przytomności w czasie wstrząsu unika się przykrych stanów lękowych i opierania się chorego;

4) Napad drgawkowy przebiega łagodnie, przez co nie dochodzi do chirurgicznych powikłań, jak np. opisywane często przy poprzednich sposobach złamania kręgów;

5) Podniecenie psychomotoryczne po napadzie rzadziej występuje;

6) Możność dokładnego dawkowania bodźca wywołującego drgawki, jak i możność powtarzania napadu podczas jednego posiedzenia;

7) Unikanie wprowadzenia do krwiobiegu środków trujących, krążących następnie godzinami w ustroju i sprowadzających przykre następstwa, jak zaburzenia krążenia, wymioty itp.;

8) Najważniejszą zaletą jest występująca po napadzie zarówno poronnym, jak i pełnym całkowita amnesia.

Nie widuje się u chorych prawie żadnych obaw przed leczeniem, nie mówiąc o tym wielkim lęku, jaki jest częstym zjawiskiem przy stosowaniu cardiazolu. Buchner jest innego zdania. Sądzę jednak, że on sam ponosi tutaj winę. Jego sposób leczenia jest niezwykły: na wspólnej sali, liczącej 40 łóżek, w asyście 4 lekarzy i 2 pielęgniarzy, idzie od łóżka do łóżka, stosując wstrząsy; rozlegające się przy tym dźwięki wesołych marszów lub tańców mają działać na chorych uspakajająco.

Obraz kliniczny napadu drgawkowego przy elektrowstrząsie nie różni się prawie od napadu po zastosowaniu cardiazolu i przypomina prawdziwy napad epileptyczny. Okres bezdechu ze sinicą trwa przy elektrowstrząsie nieco krócej (Bingel), od 25 od maksimum 85 sekund. De Laurenzi wiąże czas trwania bezdechu z osobistą podatnością chorego: wstrząs ma obniżać pobudliwość ośrodka oddechowego.

Accornero badał zachowanie się tętna i ciśnienia krwi. Przy końcu drgawek klonicznych tętno przyśpiesza się o 20—30 uderzeń na minutę. Czasem przychodzi do częstoskurczu zatokowego (140—150 na min.); wyjątkowo zjawia się arrhythmia i ekstrasystole. Ciśnienie krwi po napadzie zwiększa się o 50—60 mm Hg. Accornero nie widział nigdy zapadu.

Powikłania i szkodliwe następstwa.

Wśród materiału włoskiego, obejmującego 450 chorych i około 15000 wstrząsów notowano jedno złamanie, żadnych uszkodzeń kręgów oraz żadnych groźnych objawów ze strony krążenia.

Mniej korzystnie przedstawia się materiał szwajcarski (ponad 500 chorych), ogłoszony przez Müllera. Powikłania chirurgiczne wynoszą 3,2%, nie licząc zwichnięć szczęki. Warto przypomnieć, że Meduna i Friedmann na 3000 wstrząsów cardiazolowych mieli 1,1% powikłań chirurgicznych. Liczba ta jednak jest przez wielu uważana za zbyt niską, obejmuje bowiem tylko poważniejsze zmiany.

W opisanych powikłaniach chirurgicznych po elektrowstrząsach obok uszkodzeń kręgów, szczególnie w pasie barkowym zachodzą zwichnięcia i złamania. Müller zestawił do r. 1941 z piśmiennictwa 12 zwichnięć w stawie barkowym i złamań ramienia, a tylko 2 złamania w kończynach dolnych.

Jako groźne powikłanie ze strony narządu krążenia opisuje Hadorn zatrzymanie się serca, potwierdzone przez Ekg. Trwało ono od 20 sekund do minuty i połączone bywało z bezdechem. Natychmiastową pomoc widzi on w opukiwaniu okolicy serca i inj. coraminy. Przyczynę tego powikłania upatruje autor w ośrodkowym podrażnieniu nerwu błędnego. Inni autorzy, badający zachowanie się narządu krążenia nie widywali opisanego zatrzymania się serca; robiony przez nich Ekg nie wykazywał nigdy uszkodzenia mięśnia sercowego.

Po obudzeniu się z wstrząsu stwierdzamy u chorego znamienny zespół amnestyczny: trudność w znajdywaniu słów, zaburzenia spostrzegania, połączone często z bezradnością. W ciężkich przypadkach przychodzi do dezorientacji, niepoznawania osób, nie-

*) Według odczytu wygł. w Krak. Tow. Lek. w dniu 23 maja 1945 r.

k edy do krótkotrwałych stanów podniecenia. Obok pewnych czynników techniki leczniczej gra znaczną rolę w występowaniu zespołów amnestycznych osobnicza skłonność (Müller). Opisywana amnesia nie jest dla chorego zbyt przykra i przeważnie mija po kilku godzinach.

Wyniki lecznicze.

Ocena wyników leczniczych nowego sposobu na podstawie piśmiennictwa jest utrudniona nie tylko ze względu na szczupłość doniesień, lecz i na brak dokładnych zestawień. Niemniej koniecznym wydaje się przytoczenie ogłoszonych wyników.

Müller wśród ponad 500 chorych uzyskał w świeżych przypadkach schizophrenii 85% popraw, z czego 48% całkowitych remisji. Reszta przypada na poprawę socjalną. W przyp. schizoph. chron. 54% popraw, z czego tylko 5% całkowitych remisji. Zdaniem jego wyniki te przypominają wyniki innych sposobów wstrząsów.

Ważne wyniki otrzymał Müller w psychozie man. depr., przy czym czas choroby gra tutaj mniejszą rolę jak przy schizophr. W ostrej formie depresji całkowitą remisję osiąga w 93%, w postaciach chronicznych w 88%. Zestawiając materiał innych autorów znajduje Müller praktyczne wyleczenie melancholii w 70%, zaś manii tylko w 50%. Inwolucyjne i przedstarcze depresje zajmują miejsce pośrednie. Materiał szwajcarski wykazuje 85% całkowitych remisji w okresie depresji, zaś tylko 30% w okresie manii w przebiegu psych. man. depr.

Rizzi C. uzyskał w świeżych przyp. schizophrenii 80% całk. remisji, w starszych przyp. 24%; zastarzałe przyp. pozostały bez zmiany. Lepsze wyniki otrzymał w psychozie man. depr.

Rostan A., A. Chiabov otrzymali w schi. 38,8% popraw, z czego 11,9% całk. remisji, w manii 65,7% popraw, z czego całk. remisji 28,9%, w melancholii natomiast 98,8% popraw, z czego aż 92,2% całk. remisji.

Wreszcie Meggendorfer znajduje w schi. 69% popraw, w psych. man. depr. 84,6% oraz w psych. inwolucyjnej 100%.

Elektrowstrząsy zostały wprowadzone w tutejszej klinice w listopadzie 1942 r. Ciężkie to były czasy. Nie tylko warunki wojenne i potworna okupacja, lecz prawie całkowity brak leków zwłaszcza uspakajających, brak lekarzy i pielęgniarek, przepełnione sale chorych składały się na koszmarną wprost całość. Rozpaczliwa bezradność ogarniała na widok kilkudziesięciu czasem podnieconych chorych w jednej sali.

Wprowadzenie do leczenia elektrowstrząsów, metody taniej i prostej stanowiło niemal wybawienie. Na salach chorych zapanował względny spokój — pierwsza zdobycz. Po kilku tygodniach spostrzegamy znaczne poprawy, a często również całkowite remisje objawów chorobowych; wielu chorych jako praktycznie zdrowych odchodzi do domu. Już po kilku miesiącach staje się rzeczą jasną, że wartość lecznicza elektrowstrząsów przewyższa również swą skutecznością stosowaną do niedawna u nas metodę cardiazolową.

Dziś po 2-ch i pół latach stosowania nowej metody zdanie nasze odnośnie jej zalet nie uległo zmianie. Posługujemy się aparatem, zbudowanym przez firmę Siemens pod nazwą „Konvulsator". Aparat posiada dwie skale, z których jedna umożliwia stosowanie różnego natężenia prądu od 200—500 mA, druga pozwala na dokładne określanie czasu przepływu prądu od 1/10 sek. do 4 sek. Napięcie nie ulega zmianie; utrzymuje się stale na wys. 100 V.

Przez stosowanie stałego napięcia posługujemy się „Metodą zmiennego czasu", wprowadzoną przez Soglianiego i Braunmühla. Przeciwieństwem jej jest „Metoda zmiennego napięcia", wprowadzona przez Cerlettiego, który zaczyna od 60—90 V, przy czasie 0,1 sek. Gdy przy 130 V nie otrzyma napadu, przedłuża czas o 0,1 sek. Która z metod jest lepsza, nie zostało dotąd rozstrzygnięte.

Przeciwko samemu aparatowi Siemensa podnieśli zarzuty Cerletti i Bini. Zarzuty te nie tylko zostały odparte przez Pätzolda, ale podniesiono zalety tegoż aparatu w porównaniu z innymi modelami.

Od południa dnia poprzedzającego zabieg nie dajemy choremu żadnych środków zawierających brom lub barbituraty. Leczenia nie przeprowadzamy nigdy w obecności innych chorych. Elektrody, zwilżone 2—5% roztworem NaCl przykładamy leżącemu choremu do skroni, w okolicy ponad łukiem jarzmowym, do skóry nieowłosionej. Między zęby dajemy zwinięty kilkakrotnie brzeg ręcznika.

Wspomnieć tu należy o doświadczeniach Soglianiego, dzięki którym doszedł do wniosku, że niezależnie od miejsca przyłożenia elektrod u tego samego chorego będzie napad drgawkowy przebiegał jednakowo. Ciekawe jest jeszcze inne spostrzeżenie tegoż autora, potwierdzone również w naszych obserwacjach, że występujący niekiedy po napadzie przykry zespół amnestyczny może być złagodzony przez przyłożenie elektrod bardziej ciemieniowo.

Liczne panują niezgodności co do wartości stosowanego prądu. Gdy np. w klinice budapeszteńskiej (Angyal, Juba) po licznych próbach stosowano ostatnio 350 mA przy 100 V i czasie 0,5 sek., co w większości wywoływało wstrząs, to znów Prieto Vidal przy napięciu 100 V, przy początkowej dawce 350—400 mA w 1/10 sek. stara się uzyskać napad; jeśli mu się to nie uda, podnosi natężenie o 20—30 mA. Wydaje się nam również za daleko idącą ostrożnością i niepotrzebną stratą czasu postępowanie Ewalda, który zaczyna leczenie od 90 V i 0,2 sek.; jeżeli przyjdzie do poronnego napadu, to podnosi jeszcze dwukrotnie napięcie o 5 V i czas o 0,1 sek. Nieuzyskawszy pełnego napadu przerywa leczenie do następnego posiedzenia.

Na podstawie naszego doświadczenia przy wywoływaniu ponad 5000 elektrowstrząsów, doszliśmy odnośnie dawkowania do następujących wniosków: Celem naszym jest uzyskanie napadu drgawkowego, który stanowi wywołane przez nas zjawisko, dalej przebiegające automatycznie. Staramy się to osiągnąć możliwie małą, jednak skuteczną dawką prądu. By uprościć, przejrzystym uczynić dawkowanie regulujemy tylko czas przepływu prądu, natężenie pozostaje bez zmian: 250 mA. Tylko w nielicznych wypadkach zachodzi potrzeba zwiększania natężenia do 300 wzgl. 350 mA. Bardzo liczne spostrzeżenia wykazały, że zmiana natężenia prądu w granicach 200—

300 mA nie gra większej roli. Jako pierwszą dawkę stosujemy 0,8 sek., u wyjątkowo wątłych i źle odżywionych osób 0,5 sek. W przeważającej liczbie otrzymujemy pełny napad drgawkowy; w przeciwnym razie przedłużamy czas o 0,2 sek. Już 0,5 sek. sprowadza z reguły utratę przytomności i prowadzi do napadu poronnego.

Osobniki asteniczne i młodsze wymagają mniejszych dawek prądu od tęższych i starszych osób. To pokrywa się z faktem istnienia u młodszych osobników większego pogotowia drgawkowego.

U każdego chorego notujemy czas i natężenie prądu, przy których uzyskano pełny napad. Jeśli otrzymano napad przy pierwszym zastosowaniu prądu, to przy następnym zabiegu staramy się skrócić czas o 0,2 sek. i zobaczyć, czy przy krótszym czasie nie uzyskamy takiego samego napadu.

Elektrowstrząs stosujemy przeciętnie 3 razy w tygodniu. Ogólna liczba wstrząsów u pojedynczego chorego waha się od 5—15, rzadko przekracza 20. W tym ostatnim wypadku można przyjąć gorsze rokowanie; chodziło tu prawie wyłącznie o chroniczne przypadki schi.

Czasem u chorych silnie podnieconych stosujemy przez kilka dni z rzędu wstrząsy czyli tak zw. „Blok". Zawsze uzyskujemy w tych przypadkach ustąpienie podniecenia.

Nie należy leczenia za wcześnie przerywać, by uzyskane poprawy dostatecznie się utrwaliły.

Wiek leczonych chorych waha się od 14 do 65 lat. Nie podzielamy tutaj zdania Holzera, który uważa 50 lat za najwyższy, dopuszczalny wiek.

Liczba leczonych przez nas chorych przekracza 500. Dokładna ocena osiągniętych wyników jest utrudniona przez wojenne warunki, niemożność zebrania katamnezy itp. Nie wiemy np. czy chorzy, którzy do nas nie wracają, istotnie wyzdrowieli, czy też inna jest tego przyczyna. Jedno jest jednak pewne, że obecnie opuszcza klinikę znacznie więcej chorych z całkowitą remisją, niż w latach stosowania metody cardiazolowej. Najlepsze wyniki osiąga się w stanach depresji, zarówno endo- jak i exogennej, około 90% popraw. Następnie idą świeże przypadki schizophrenii — około 70% popraw i psychoza inwolucyjna — około 60% popraw.

Do wyszczególnionych zalet nowej metody: prostota, taniość, skuteczność, musimy dodać jeszcze jedną — nieszkodliwość. Przed przystępowaniem do leczenia często nie przeprowadzamy dokładnych badań internistycznych, nie ze względu na lekceważenie tychże, lecz z powodu trudności technicznych; znaczna ilość chorych przyjmowana bywa w okresie podniecenia, kiedy o badaniu intern. myśleć nie można. Mimo tego nie mieliśmy w klinice ani jednego wypadku śmiertelnego oraz poza jednym przypadkiem złamania łopatki u osobnika muskularnego, żadnych powikłań chirurgicznych, żadnych zaburzeń ze strony narządu krążenia.

W niektórych przyp. obserwujemy po wstrząsie przykre następstwa, jak dłużej trwające zamroczenie, bóle mięśniowe szczególnie w plecach, bóle głowy, niekiedy wymioty. Objawy te należy odnieść do przedawkowania. Istotnie, zastosowanie mniejszych dawek prądu nie wywoła tych następstw przy następnym zabiegu. Napad drgawkowy przy przedawkowaniu jest cięższy. Czas utajony między zastosowaniem prądu a wystąpieniem drgawek znacznie się skraca. Zatem nagłe wystąpienie skurczów tonicznych bezpośrednio po zastosowaniu prądu jest ważnym znamieniem przedawkowania, którego należy unikać.

Zakres wskazań dla leczenia elektrowstrząsami ulegnie zapewne z czasem rozszerzeniu a samo leczenie pewnym modyfikacjom. Świadczyłyby o tym poczynione przez nas spostrzeżenia, jak np. w przyp. *encephalitis* u 9-letniej dziewczynki udało się przez zastosowanie kilku napadów (poronnych) usunąć całkowicie groźne dla życia stany podniecenia psychoruchowego. W innym przypadku chodziło o stany podniecenia u 63-letniej kobiety (w przebiegu *dem. praesenilis*), u której ze względu na świeże po wypadku złamanie ramienia zastosowano tylko napady poronne, ograniczające się wyłącznie do utraty przytomności *(absence)*, nawet bez drgawek tonicznych. Po dziesięciu poronnych napadach uzyskano nie tylko uspokojenie, lecz również remisję innych objawów chorobowych.

Te szczegóły wskazują na całkowitą równowartość leczniczą napadów poronnych, a nawet ich częściową wyższość nad napadami pełnymi, dzięki możliwości szerszego stosowania leczniczego, zwłaszcza w różnych stanach podniecenia, groźnych dla życia, w których stosowanie pełnych napadów drgawkowych może być przeciwwskazane.

PIŚMIENNICTWO

Accornero: cyt. Cerletti; Angyal L.— Juba A.: Arch. f. Psych. 116, 1943; Bingel A.: Allg. Z. Psychiatr. 115, 1940; Bini L.: Riv. sper. Freniatr. 64, 361, 1940; Braunmühl A.: Psych. neur. Wschr. 1938; Buchner O.: Psych. neur. Wschr. 1942; Cerletti U.: Riv. sper. Freniatr. 64, 209, 1940; Ewald G. — Haddenbrock S.: Zschr. f. d. g. Neur. 174, 1942; Felici M.: Zbl. Neur. 102, 1942; Holzer W.: Wien. Arch. inn. Med. 35, 1941; Holzer W.: Psych. neur. Wschr. 371, 1941; Holzer W. — Klaue A. — Reisner H.: All. Z. Psychiatr. 120, 1942; Hutten A.: Zbl. Neur. 101, 1942; de Laurenzi V.: Zbl. Neur. 99. 1941; Meggendorfer F.: Nervenarzt 15, 1942; Mussafia A. — Felici M. — Contratti G.: Zbl. Neur. 102, 1942; Müller M.: Fortschr. Neur. 13, 1941 i u niego dalsze piśmiennictwo; Pätzold J.: Psych. neur. Wschr. 287, 1941; Prieto Vidal A.: Zbl. Neur. 103, 1943; Rizzi C.: Giorn. Med. mil. 90, 161, 1942; Rostan A. — Chiabov A.: Neopsichiatr. 6, 353, 1940; Runge H.: Nervenarzt 15, 151, 1942; Sogliani G.: Neopsich. 6, 1940.

Prof. dr KSAWERY LEWKOWICZ Kraków

Choroba gruźliczo-gośćcowa*)

Z Kliniki dziecięcej Uniwersytetu Jagiellońskiego

1. Wstęp

Gdy w r. 1937 ogłaszałem dotyczące tego tematu pierwsze prace (L. g, h, i) i uznałem za konieczne wystąpić z tą samą sprawą na międzynarodowym Zjeździe Pediatrów w Rzymie (L. k 398), miałem to wrażenie, że nowa teoria, z którą wystąpiłem, wisi już niejako w powietrzu, że więc, o ile ja nie pospieszę się z jej ogłoszeniem, to zrobi to ktokolwiek inny. Słabe bowiem strony panującej owego czasu teorii Rankego uderzały już przecież innych autorów, jak np. klinicystów Kellera i Moro (s. 664) oraz Hamburgera (s. 281), których zdania przytaczałem poprzednio (L. g 4, 16, h 95, 111), lub znów anatoma Hübschmanna, który wprost odrzuca (s. 6, 11, 42, 115) podział choroby gruźliczej na trzy sztywne okresy, a podobnie nie uznaje (s. 10, 106, 117), żeby pewne stany swoistej nadwrażliwości i uodpornienia miały być ściśle z tymi okresami związane.

Upadającą teorię należało jednak zastąpić inną. Otóż zdawało mi się, że wystarczy tylko zdać sobie wreszcie w całej pełni sprawę z istotnego znaczenia doświadczenia podstawowego Kocha i wyjść ze spostrzeżeń klinicznych nad rumieniem guzowatym, aby z łatwością dojść do jedynie słusznego poglądu na bieg spraw gruźliczo-gośćcowych. Tymczasem właśnie tego rodzaju wyjście nie mogło nastąpić dopóty, dopóki, jak to czytamy w jednym i tym samym, drugim tomie dużego niemieckiego podręcznika chorób dziecięcych, wydanego w r. 1931 przez Pfaundlera i Schlossmanna, jeden autor (Leichtentritt, s. 427) mógł jeszcze dowodzić, że rumień guzowaty nie pozostaje w związku etiologicznym ani z gośćcem, ani z gruźlicą, lecz stanowi osobną chorobę zakaźną, chorobę *sui generis*, a para innych (Keller i Moro, s. 774) mogła omawiać to cierpienie (wraz z *keratoconjunctivitis phlyctaenulosa*) dopiero na samym końcu całego szeregu możliwych przejawów klinicznych gruźlicy, wprost jako doczepkę, powstającą wprawdzie przeważnie na podłożu gruźliczym, ale wrzekomo występującą czasami także na tle niegruźliczym, a więc np. ropno-septycznym (s. 775) i dopóki pojmowało się je (s. 777) jedynie „jako objaw towarzyszący z reguły jakiemuś czynnemu procesowi gruźliczemu", a nie jako postać zasadniczą spraw gruźliczo-gośćcowych, jako pierwowzór, prototyp, jakim ono jest w moim pojęciu (L. e, f, i, k 373). Toteż wbrew moim przewidywaniom, grunt okazał się zupełnie nieprzygotowanym do przyjęcia rzuconego przeze mnie ziarna, czego uderzającym wyrazem jest fakt, że w stanowiącym uzupełnienie do wymienionego podręcznika zbiorowym dziele wydanym w r. 1942 przez Pfaundlera brakuje zupełnie rozdziału o gruźlicy. Widocznie w ciągu 11 lat zdaniem wydawcy nic się ważniejszego w tym zakresie nie wydarzyło, albo też nie znalazł się nikt, ktoby był przygotowany do zabrania głosu w danej sprawie.

W międzyczasie odbywały się dalsze moje badania, których wyniki tylko częściowo mogły być dotychczas ogłoszone (L. l-s), a które pozwoliły lepiej wglądnąć w szczegóły toczącego się chorobowego procesu i na tej podstawie lepiej całe zagadnienie przemyśleć. Doprowadziło mnie to do poznania, że wszelkie sprawy gruźlicze łączą się ściśle ze zjawiskami gośćcowymi. Wynika stąd konieczność omówienia ogólnego biegu tej właśnie wspólnej choroby gruźliczo-gośćcowej. Może więc obecnie uda mi się całe to zagadnienie ująć jaśniej i w sposób bardziej przekonywujący, niż się to stało pierwotnie.

Szkic, który poniżej przedkładam, nie stanowi oczywiście niczego ostatecznie ustalonego. W miarę postępujących badań będzie on musiał ulegać w wielu szczegółach poprawkom i wymagać niejednego uzupełnienia. Sądzę jednak, że jego idea zasadnicza zdoła się na stałe utrzymać.

2. Pełne uodpornienie powstaje w 4 tygodnie po zakażeniu

Na czoło dowodów za słusznością nowej teorii wysunę tym razem fakt, że uodpornienie przeciwgruźlicze — najsilniejsze, jakie jest w ogóle możliwe u danego osobnika (L. e 6, f 39, g 25, h 123, j 457, 462) — daje się stwierdzić w 4—6 tygodni po zakażeniu.

Wynika to z zupełną pewnością przede wszystkim z ogłoszonego w r. 1891 podstawowego doświadczenia Kochowskiego i jego modyfikacyj. Wobec ważność tego doświadczenia dla mojego poglądu przytoczę za Kellerem i Moro (s. 681) w dosłownym przekładzie pierwotny jego opis:

„Gdy się szczepi zdrową świnkę morską czystą hodowlą prątków gruźliczych, to potem rana szczepienna zalepia się i zdaje się w pierwszych dniach goić; dopiero w przeciągu 10—14 dni powstaje twardy guzek, który wkrótce się otwiera i tworzy do śmierci zwierzęcia miejsce wrzodziejące (a — muszę tu od siebie dodać — towarzyszy temu zserowacenie przynależnych gałek chłonnych). Ale zupełnie inaczej przedstawia się sprawa, jeżeli się szczepi świnkę morską już gruźliczą. Najlepiej nadają się do tego zwierzęta, które 4—6 tygodni przedtem zostały zaszczepione. U takiego zwierzęcia zalepia się także początkowo mała rana, ale nie tworzą się żadne guzki, lecz już następnego, albo trzeciego dnia występuje znamienna zmiana miejsca szczepienia. Staje się ono twarde i przybiera ciemniejsze zabarwienie, a przy tym nie ogranicza się to do samego miejsca szczepienia, ale rozszerza się na otoczenie aż do średnicy 0,5—1 cm. W najbliższych dniach okazuje się potem coraz wyraźniej, że zmieniona tak

*) Teorię przedstawioną tutaj wypowiedziałem po raz pierwszy w formie skróconej i przystępnej w pogadance pod tytułem: „Przewrót w naszych poglądach na bieg gruźlicy" w obozie koncentracyjnym Sachsenhausen, dnia 1. stycznia 1940.

skóra jest martwinowa, zostaje ona w końcu odrzucona i pozostaje potem płaskie owrzodzenie, które zwykle szybko i trwale się goi, a gruczoły chłonne nie zostają przy tym zakażone. Wszczepione prątki gruźlicze działają więc zupełnie inaczej na skórę zdrowej, jak na skórę gruźliczej świnki morskiej".

Koch stwierdza żatem, w stosunku do świnki przedtem zdrowej, u świnki gruźliczej tylko inne oddziaływanie, które by można określić jako hiperergiczne, nie mówi zaś nic o jej uodpornieniu. Nie dał on, jak podnosi Hübschmann (s. 473) właściwie żadnego wytłumaczenia swego zjawiska, a, jak mówi Calmette (s. 650) „przez długie lata ani Koch, ani żaden inny badacz nie zrozumiał ważności, jakie to zjawisko ma dla wytłumaczenia odporności przeciwgruźliczej". Z doświadczenia — nieuzupełnionego dodatkowymi badaniami — niepodobna było zresztą przyjmować na pewne uodpornienia, gdyż można było przypuszczać, że odpadająca martwinowa część skóry usuwa tylko mechanicznie prątki, które pozostają w pełni żywotne i zjadliwe.

O wiele jaśniej przedstawia się ta sprawa w opisie tego samego doświadczenia Kochowskiego, podanym przez Redekera (s. 15). Prątki gruźlicze wcierano tu w skórę świnek. U świnki przedtem zdrowej „powstaje dopiero po sporym czasie i powoli otrętwiały wrzód, który już się nie goi. Mikroskopowo widzi się najprzód zwykle zapalenie obcociałowe, przy którym prątki masowo się mnożą. Dopiero w późniejszym przebiegu rozwija się swoista gruźlicza tkanka z komórkami nabłonkowatymi i olbrzymimi. Do końca niema silnych ostrych objawów".

U świnki już poprzednio zakażonej „powstaje wśród burzliwych objawów ogólnych zupełnie ostro wysokiego stopnia zapalenie na miejscu wtarcia z idącym głęboko rozszerzeniem naczyń. Prątki nie dochodzą do mnożenia się, znikają raczej bardzo szybko. Dotknięta zapaleniem część skóry okazuje wysokiego stopnia wysiękanie, ale na razie nie zawiera żadnej wytwórczej tkanki. Jeżeli przy tym powtórnym zakażeniu ostaną się pojedyncze prątki, to około nich tworzy się w późniejszym przebiegu tkanka gruźlicza. Całe zapalenie przebrzmiewa równie szybko, jak powstało. Jeżeli przychodzi do przebicia na zewnątrz, to takie miejsce zabliźnia się szybko. Także wytworzenie gruzełków około ewentualnych resztek prątkowych znika wkrótce wraz ze zniszczeniem tychże resztek".

Tutaj więc zupełnie na pewne stwierdzamy — przeważnie od jednego zamachu dokonujące się — doszczętne niszczenie prątków w tkance. Tym samym pełne, czyli bezwzględne uodpornienie zwierzęcia należy uważać za udowodnione. Stwierdzamy prócz tego, że w związku z bakteriolizą prątków i uwolnieniem w ten sposób ich endotoksyn powstaje hiperergiczny odczyn tkanki, co dowodzi, że jest ona w wysokim stopniu na te jady uczulona.

Do zupełnie podobnych wniosków dochodzimy na podstawie wyników w odmianie doświadczenia Kochowskiego podanej w r. 1914 przez Rista, Kindberga i Rollanda (szereg autorów cytowanych przez Calmette'a (s. 460) wykonywał zresztą podobne doświadczenia już od r. 1910). Prątki w ilości 0,01 g, tj. około 400 milionów, wstrzykuje się tu do otrzewny. U świnki zdrowej (cyt. za Calmettem, 655) już w 10 dni po wstrzyknięciu można na otrzewnej stwierdzać gruzełki; rozwijają się one bez objawów ostrego zapalenia. Świnka już poprzednio zakażona gruźlicą zapada po takim wstrzyknięciu ostro na zapalenie otrzewnej i często wskutek tego ginie. Jeżeli jednak przeżyje ten hiperergiczny odczyn, to jej otrzewna nie okazuje później żadnych zmian gruźliczych. Z wysięku powstającego podczas zapalenia (cyt. za Calmettem, 461) prątki znikają szybko, a znajduje się w nim za to formy ziarenkowate nietypowe, niekwasooporne, ale podobne do odłamków prątków. Chodzi tu chyba niewątpliwie, jak w rumieniu guzowatym, o kokkoidy odbarwiające się, gdy stosuje się barwienie Ziehlowskie według pierwotnego przepisu ze zbyt silnym odbarwianiem. Szczepienie tego wysięku na świeże świnki wykazuje przeważnie zupełną jego jałowość.

Wyniki tych doświadczeń — podobnie pełne uodpornienie otrzymywali, jak o tym będzie mowa później (r. 5 i 13; r. = rozdział), za pomocą BCG, Calmette u jałówek, a Duprez u świnek morskich — mają między innymi dlatego takie doniosłe znaczenie, że — jakby się można obecnie wyrazić — obaliły one z góry wypowiedzianą dopiero w latach 1916 i 1919 teorię Rankego, który (str. 9, 38 i 143) znał wprawdzie w pierwotnej postaci doświadczenie Kochowskie i uznawał jego doniosłość, ale mimo to także on jego istotnego znaczenia widocznie nie zrozumiał. Przemawiają one w szczególności przeciw dwom podstawowym twierdzeniom Rankego, mianowicie 1) że ustrój zakażony wytwarza uodpornienie przeciwgruźlicze dopiero po całych latach choroby gruźliczej (będziemy tak nazywali gruźlicę z jej trójokresowym przebiegiem, ciągnącym się zwykle od dziecięctwa do wieku dojrzałego, albo będziemy mówili o gruźlicy jako całości), w jej III-cim okresie, zatem kiedy ona dobiega do wytworzenia odosobnionych gruźlic pewnych narządów, ale że także wtedy uodpornienie to nie osiąga wysokiego stopnia, nie jest więc nigdy pełne (r. 199 i 2) że cały trójokresowy przebieg choroby gruźliczej stanowi analogię do nieprzerwanego, jednokierunkowego, cyklicznego przebiegu wszelkich innych ogólnych chorób zakaźnych, a więc także chorób wysypkowych ostrych (r. 7, 175, 198, 213), przy czym we wszystkich tych chorobach wraz z gruźlicą uodpornienie bezwzględne, lub względne zjawiać się ma w okresie III-cim, tj. okresie przebrzmiewania i kończenia się choroby. Gdy zaś z doświadczenia Kochowskiego wynika, że pełne uodpornienie osiągnięte zostaje w czasie, który by należało według podziału Rankego — ze względu na ustanie rozrostu zespołu pierwotnego — określić jako koniec I-go okresu, tj. okresu będącego rzekomo analogią do okresu zwiastunów w chorobach ostrych, musimy z tego faktu wysnuć wniosek — do tego jeszcze powrócimy (r. 4) — że ustrój musi mieć już w tym czasie uodporniającą cykliczną posocznicę za sobą. Tym samym staje się jasne, że gruźlica jako całość nie może być żadną miarą chorobą o przebiegu cyklicznym, a to wbrew nie tylko Rankemu, ale także wbrew Behringowi, który pierwszy wystąpił z tą wrzekomo genialną koncepcją (H. 6).

To początkowe uodpornienie świnki należy uważać za bezwzględne

Wniosek ten wynika jasno z faktu, że prątki wtarte w zdrową skórę, przy czym do tkanki mogą się dostawać tylko niewielkie ich ilości i muszą się w niej rozkładać pojedynczo, lub w drobnych skupieniach, albo znów wstrzyknięte do otrzewnej w niezbyt wielkiej masie, przy czym rozkładają się one na bardzo dużą powierzchnię zupełnie zdrowej tkanki, zostają doszczętnie zniszczone. Jest rzeczą zupełnie nieusprawiedliwioną, żeby, jak to czynią m. i. Ranke (s. 13, 204), Keller i Moro (s. 682), Redeker (s. 13), przyjmować uodpornienie jedynie względne, a to na tej podstawie, iż nie doprowadza ono do zniszczenia prątków w ogniskach serowatych, pochodzących z pierwszego zakażenia świnki i nie powstrzymuje śmiertelnego biegu wszczepionej pierwotnie choroby. Wbrew zdaniu Rankego (s. 137, 154, 159, 215), który „z całą pewnością" przyjmował uodpornienie humoralne, istnieje mianowicie obecnie co do tego jednomyślność (Redeker, s. 14, L. j 462, p. niżej r. 8), iż uodpornienie w gruźlicy jest wyłącznie tkankowe, czy komórkowe. Otóż tego rodzaju uodpornienie nie może się oczywiście rozciągać na ser gruźliczy, który należy pojmować jako zakażone ciało obce, tkwiące w ustroju, ale do niego nie należące (L. g 21, h 117 i 449, j 463, k 339, s 5). Przecież już Ranke (s. 81) określał je jako martwak (sekwestr) Sam zaś w r. 1931 (L. a 10, b 422) porównywałem to położenie ze stosunkami, jakie istnieją przy tworzeniu się popneumonicznego ropniaka opłucnej. Przełomowy spadek gorączki pneumonicznej, zniszczenie zarazków w pęcherzykach płucnych i ustępowanie z nich wysięku świadczą o pełnym ogólnym przeciwpneumokokowym uodpornieniu. Mimo, że chodzi tutaj o uodpornienie niewątpliwie głównie humoralne, które powinnoby rozciągać się także na wszelkie wysięki, wpływ jego nie sięga jednak wcale do tworzącego się ewentualnie w opłucnej wysięku ropnego, a to dlatego, że środowisko to jest przekwaszone.

W obu przykładach, gruźlicy i zakażenia pneumokokowego, niesłusznie byłoby, gdybyśmy oceniali natężenie uodpornienia opierając się na ujemnych wynikach w pewnych nieprawidłowych warunkach miejscowych, w których uodpornienie nie może w ogóle wejść w działanie, lecz miarodajnymi muszą być dla nas te zjawiska odpornościowe, które rozwijają się w stosunkach prawidłowych, a więc w nienaruszonych, albo mało zmienionych żywych tkankach i w niezmienionym, lub niewiele zmienionym środowisku.

Te właśnie — z Kochowskiego doświadczenia wywodzące się — rozważania z r. 1931 stały się dla mnie punktem wyjścia dla wszystkich dalszych — tak bogatych w wyniki — prac nad gruźlicą, co najwymowniej świadczy o ich słuszności.

4. Uodpornienie nabyte przez świnkę jest wynikiem korzystnego przebycia przez nią cyklicznie przebiegającej posocznicy prątkowo-kokkoidowej.

Zupełnie niezgodne z rzeczywistością jest zapatrywanie Rankego (s. 200 i ryc. schematyczną 20), że w I-ym okresie, tj. „okresie odosobnionego zespołu pierwotnego" sprawa chorobowa jest zjawiskiem ściśle miejscowym, Calmette (s. 202, 285) wykazał bowiem, że po wprowadzeniu na jakiejkolwiek drodze prątków gruźliczych do ustroju świnki morskiej zarazki te zjawiają się czasem już od pierwszych godzin, a zawsze od pierwszych dni we krwi zwierzęcia.

Droga zakażenia z ogniska płucnego idzie przez naczynia i gałki chłonne do głównego przewodu piersiowego i żylnego kąta. Poprzez serce prawe najazd zarazków zwraca się w pierwszym rzędzie przeciw płucom. Ale być może nie ma to większego znaczenia, gdyż zarazki krążące we krwi mogą się w niej rozkładać równomiernie.

Wyniki Calmette'a i równorzędne wyniki przytoczonych przeze mnie poprzednio innych autorów, między nimi także klinicystów (L. g 6, h 97), wreszcie wyniki badań bakteriologicznych w rumieniu sińcowatym (r. 8), musimy uważać za niezbity dowód, że zakażenie gruźlicze równolegle z wytwarzaniem Parrotowskiego zespołu pierwotnego sprowadza od początku posocznicze zakażenie ogólne. Tę zaś właśnie chorobę ogólna musimy uznać za sprawę zasadniczą i niejako kierowniczą, gdyż toczy się ona w żywych tkankach i sokach ustroju i tylko ona może prowadzić do uodpornienia ogólnego i na tej drodze nie tylko do zniszczenia zarazków wszędzie poza zmianami serowatymi, zatem do wyleczenia posoczniczej sprawy ogólnej, ale także do zahamowania szerzenia się stykowego wytworzonych poprzednio zmian serowatych zespołu.

Powstająca posocznica jest pierwotnie niewątpliwie prątkową, czyli gruźliczą, a można ją z pełną słusznością uważać za zjawisko równorzędne z posocznicą durową, pneumokokową, lub meningokokową, ale nie z kilową. Podnieść jednak należy pewne szczególne jej rysy (L. j 460, l 5, m 4). Mnożenie się zarazka jest tu względnie powolne, co może wpływać na długość okresu wylęgania. Ponieważ protoplazma jadotwórcza prątka osłoniona jest błonką utworzoną z chityny, wosków i tłuszczów (Calmette, s. 648) i dlatego zarazek nie może wejść w bliższe zetknięcie z pierwoszczą tkanek, a prócz tego wytwarzane przez niego jady w okresie przedalergicznym nie wywierają w nietkniętym poprzednio zakażeniem, czyli „dziewiczym", tym samym nieuczulonym jeszcze, inaczej normergicznym ustroju wyraźniejszego oddziaływania, zatem prątek przedstawia się w tym czasie dla ustroju jako obojętne ciało obce. Krążące we krwi prątki są więc wychwytywane przez komórki układu siateczkowo-śródbłonkowego. Ponieważ się one jednak w nich rozmnażają, a prócz tego muszą przecież także wywierać na nie pewne działanie jadowe (r. 10), doprowadzają je w końcu do rozpadu i dostają się w ten sposób znowu do krwi krążącej. Gra ta może się przypuszczalnie nawet parę razy powtarzać, a to aż do — znanego z przebiegu rumienia guzowatego — nagłego wystrzelenia w górę uczulenia przeciwjadowego i uodpornienia.

Z tą chwilą, jak to Takeuchi widział — co prawda już w 24 godzin po wstrzyknięciu zawiesiny prątków do ściany jelita — w kreskowych gałkach

chłonnych królika (s. 582 i ryc. 29), a jak to sam stwierdziłem w rumieniu guzowatym (L. e i f, ryciny barwne 1—9), prątek, prawdopodobnie skutkiem szybszego dzielenia się, przechodzi w obronną, ale mało oporną, a także słabo kwasooporną — niekwasoopornym, albo słabo kwasoopornym jest przecież także prątek w hodowlach bardzo młodych (Calmette, s. 84) — postać reumatokokkoida, a posocznica gruźlicza w posocznicę gośćcową.

Wobec tego, że w uodpornionym ustroju prątki czy kokkoidy ulegają bakteriolizie, przez co uwolnione zostają zawarte w nich endotoksyny, oraz wobec faktu, że równolegle z uodpornieniem powstaje uczulenie ustroju na jady gruźlicze, posocznica ta sprowadzać musi pewne zmiany odczynowe we wszystkich tkankach ukrwionych, przede wszystkim zmiany samych naczyń. Natężenie tych zmian może być jednak w przebiegu posocznicy początkowej bezrumieniowej tylko podprogowe, tj. zmiany pozostają klinicznie nieme. Sprawa zresztą trwa przeważnie bardzo krótko i kończy się zupełnym wyleczeniem, a może także przypuszczalnie nie pozostawiać po sobie uchwytnych anatomicznie śladów.

Prątki, które w okresie wylęgania wniknęły w dużych ilościach z serowatych zmian zespołowych do żywych tkanek otaczających, zostają z chwilą osiągnięcia uodpornienia i uczulenia zniszczone. Uwolnione z nich obficie jady wywołują miejscowo silne „hiperergiczne" — histologicznie „nieswoiste", ale w rzeczywistości swoiste, bo przecież gośćcowe — okołoogniskowe zapalenie, które przechodzi następnie w wytwórcze zmiany otarbiające.

Jak wysokie i bezwzględne zostaje przy tej pierwszej, czyli początkowej posocznicy osiągnięte uodpornienie — które też będziemy określali jako początkowe — i jak wielka zachodzi pod tym względem różnica w stosunku do późniejszych, zatem popoczątkowych posocznic i uodpornień, to wynika jasno z bardzo ważnego spostrzeżenia Pagela (a, s. 62, 89, 97). Trzeba jednak zaznaczyć z góry, że Pagel, uczeń i wydawca pism Rankego, nie mógł oczywiście dać słusznego wytłumaczenia stwierdzonych przez się faktów. Nie znając będących podłożem zjawisk, powtarzających się posocznic i łączących się z nimi uodpornień, zmuszony był mianowicie przyjmować jakieś tajemnicze biologiczne zjawiska miejscowe.

Stwierdziwszy (s. 61), że, w związku ze zmniejszającym sie ku obwodowi stężeniem jadów przesączających się z ogniska gruźliczego, oboczne zapalenie otaczające to ognisko ma często układ warstwowy z następującymi po sobie zapaleniami: komórkowym, włóknikowym i surowiczym, Pagel (s. 62) mówi: „Co prawda, zastosowanie tych okołoogniskowych prawidłowości nie zawsze jest bez zastrzeżeń możliwe. I tak w pewnych (pojedynczymi prątkami) drogą powietrzną w płucu świnki morskiej wywołanych ogniskach — także przy badaniu w kolejnych skrawkach — nie tylko nie stwierdzałem ku obwodowi żadnego zmniejszania się, ale stwierdzałem wzmaganie się natężeń zapalnych poszczególnych stref. Następuje tu po α) strefie względnie łagodnego zapalenia pęcherzyków z zachowaniem zrębu włókien sprężystych β) limfocytowa demarkacja, po niej γ) pierścień masowego zserowacenia ze znowu δ) przylegającym odgraniczeniem, potym ewentualnie znów ε) zserowacenie itd. Naturalnie nie chodzi tu o zwykłe zapalenie oboczne, lecz o pewien rodzaj rozszerzania się ogniska, rozszerzania, które według wszelkiego prawdopodobieństwa wywołane jest w biegu tworzenia się ogniska przez pewne zmiany własności tkankowych przyrody nie mechanicznej, lecz biologicznej". W innym znów miejscu Pagel (b, s. 11) mówi, że ta warstwowa budowa ogniska jest wyrazem „wybitnej chwiejności procesu".

Jeżeli uwzględnimy to, co poprzednio (L. e 6, f 40) ogłosiłem o przyczynach otarbiania się płucnego ogniska pierwotnego u dziecka, mianowicie, że otarbianie to jest wynikiem osiągnięcia w przebiegu gruźliczej gorączki początkowej, czy rumienia guzowatego pełnego uodpornienia ogólnego — do tej sprawy jeszcze zresztą powrócimy (r. 8) — to wytłumaczenie zmiany Pagelowskiej nie napotka na żadne trudności. Po dostaniu się prątka do pęcherzyka płucnego i jego rozmnożeniu się tworzy się w płucach, jako jądro α przyszłej zmiany, drobne ognisko pierwotne w postaci niecharakterystycznego zapalenia. Jest to właściwe ognisko pierwotne, bo tylko ta część zmiany powstaje przed wytworzeniem początkowego uodpornienia. Równocześnie następuje posocznicze zakażenie ogólne, pierwotnie prątkowe, później kokkoidowe. Osiągnięte w ciągu tej początkowej posocznicy bardzo wysokie uodpornienie nie tylko doprowadza do szybkiego zakończenia ogólnego zakażenia, ale odbija się także na losach płucnego ogniska pierwotnego świnki i to — co musi uderzać pozorną opacznością u tego zwierzęcia tak bardzo podatnego na zakażenie gruźlicze — tak szybko i w tak wysokim stopniu, że mnożenie się prątków zostaje widocznie w jądrze zmiany zahamowane, nim zdołały one doprowadzić do masowego zserowacenia i dotknąć w większej mierze zrąb włókien sprężystych w ścianach pęcherzyków płucnych, a zrąb ten ostaje się także później, kiedy powstają nowe warstwy masowego już zserowacenia (γ, ε). Ale przecież tkanka jest w jądrze α w tej mierze uszkodzona, że — mimo osiągnięcia przez ustrój wysokiego uodpornienia ogólnego — prątki zawarte w niej nie zostają doszczętnie zniszczone. Zahamowane w dalszym wzroście jądro zostaje odgrodzone od reszty ustroju wałem zapalnym limfocytowym β i w ten sposób cała sprawa przechodzi w uśpienie, a tym samym przestaje oddziaływać na resztę ustroju. Częściowo wskutek tego, ale przede wszystkim w związku z zakończeniem się sprawy ogólnej, uodpornienie zaczyna opadać i wreszcie obniża się do wartości podprogowej. Z tą chwilą prątki zawarte w jądrze zaczynają się znowu rozmnażać, przebijają z łatwością nieszczelny wał ochronny i wytwarzają — widocznie bowiem już pierwsze uodpornienie popoczątkowe nie wytwarza się tak szybko i nie osiąga tak wysokiego stopnia, jak początkowe — pas zapalny, w którym wysięk przechodzi w masowe zserowacenie, a równocześnie sprowadzają drugą z rzędu, a pierwszą popoczątkową posocznicę prątkowo-kokkoidową. Ta także przebiega cyklicznie, zatem kończy się korzystnie i — mimo powstania w związku

z nią tylko względnie słabego uodpornienia — zahamowuje dalsze wzrastanie ogniska pierwotnego, po czym zostaje ono znowu zamknięte pasem limfocytowym δ. Ta gra może się jeszcze powtarzać, ale przy wytwarzaniu coraz słabszego uodpornienia jedna z następnych posocznic zachowuje do końca charakter prątkowy, a tym samym sprawa kończy się jako gruźlica prosówkowa, a ściślej ogólna gruźlica o rozsianych dużych ogniskach zawierających znaczne ilości prątków.

Dane powyższe pozwalają nam ustalić różnice, jakie zachodzą w oddziaływaniu na zakażenie gruźlicze między świnką a człowiekiem i które sprawiają, że świnka na zakażenie to — mimo osiągnięcia pełnego uodpornienia — nieuchronnie ginie, gdy tymczasem człowiek wychodzi przeważnie ze sprawy obronną ręką. Pewne różnice istnieją prawdopodobnie w uzyskiwaniu uodpornienia początkowego. Jakby na to mianowicie wskazywały cechy jądra α, szybkość — a może także natężenie — uodparniania się są u świnki większe niż u dziecka i to byłaby jedyna różnica na korzyść świnki. Ale znów, jakby na to wskazywała szybkość, z jaką posocznice następują jedna po drugiej, osiągane uodpornienie zdaje się łatwiej u świnki opadać do wartości podprogowych. Zasadnicza — i może jedyna rzeczywiście doniosła — różnica tkwi jednak niewątpliwie w sposobie odgraniczania ogniska pierwotnego. U człowieka mianowicie ognisko zostaje szczelnie otorbione, jego masa serowata ulega zwapnieniu, a zawarte w niej prątki zostają w ten sposób unieruchomione. Tymczasem u świnki właściwe pierwotne ognisko α zostaje otoczone tylko nieszczelną warstwą nacieku limfocytowego β, a podobnie marnie zostają zamknięte także dalsze współśrodkowe zserowacenia γ i ε. U świnki istnieją zatem szczególne warunki sprzyjające periodycznemu, w szybkim tempie następującemu powtarzaniu się zarówno miejscowego rozszerzania się ogniska na otoczenie, jak i wychodzących z tych miejscowych zaognień posoczniczych zakażeń ogólnych. Jeżeli się zważy, że każda z tych posocznic sprowadza znaczne uszkodzenia tkanek, to łatwo zrozumieć, że skutkiem ich powtarzania się organizm świnki staje się stopniowo coraz bardziej niewydolny i w końcu załamuje się zupełnie.

Temu stale się powtarzającemu biegowi choroby gruźliczo-gośćcowej u świnki należy jako przebieg wzorcowy u człowieka przeciwstawić oczywiście ten bieg, który u niego powtarza się najczęściej. Otóż, jeżeli weźmiemy pod uwagę fakt, że w warunkach miejskich, jak to wykazują próby tuberkulinowe, praktycznie biorąc wszyscy dorośli są gruźlicą zakażeni, ale przeważna ich większość nic o tym nie wie, bo nigdy nie cierpiała na przypadłości gruźlicze, to tym wzorcowym przebiegiem byłoby przebycie niepozornej gruźliczej gorączki początkowej bez jakichkolwiek dalszych gruźliczych przejawów. To nie stanowi żadnej sprzeczności z faktem, że pierwotnie, jak o tym już wzmiankowałem (r. 1), określiłem rumień sińcowaty jako pierwowzór posocznicy gruźliczo-gośćcowej, bo chodzi tylko o to, że ta pełna, bo wysypkowa postać posocznicy początkowej występuje przede wszystkim znacznie rzadziej od bezwysypkowej, że jest od niej klinicznie znacznie cięższa i że względnie często w niedługi czas po zakończeniu miewa tak groźne następstwa, jak gruźlicze zapalenie opon. Nie może ona więc dla tego stanowić właściwego przeciwstawienia dla gruźlicy u świnki. Oczywiście znaczna ilość przypadków choroby gruźliczo-gośćcowej ludzkiej nie odpowiada tak pojętemu wzorcowi, gdyż nie obejmuje on ani przypadków z przejawami II-go- lub III-cio-rzędnymi gruźlicy „klasycznej“, ani przypadków z przejawami gośćcowymi. Na uwagę zasługuje przy tym, że u dzieci małych, słabo uodporniających się może w niedługi czas po zakażeniu rozwinąć się prosówka grubo-ogniskowa, przypominająca zupełnie prosówkę stanowiącą zakończenie choroby świnki. Może w tych warunkach także, jak o tym wspomina Ranke (r. 10), przyjść do wtórorzędnego zserowacenia częściowo już wytwórczego ogniska pierwotnego. Otóż, na bieg tych wszystkich przypadków i zjawisk wnioski wysnute ze spostrzeżenia Pagelowskiego rzucają dużo pożądanego światła. (c. d. n.)

Dr TADEUSZ GIZA Kraków

Rzadki przypadek rzeczywistej krzywicy późnej

(Tabl. I—IV)

Z Kliniki Dziecięcej U. J. w Krakowie. Dyrektor: Prof. dr K. Lewkowicz

W odróżnieniu od wczesno-dziecięcej krzywicę późną spotyka się nader rzadko. W r. 1908 opisał Mięsowicz jeden przypadek tej choroby, w tym samym roku zestawił Looser wszystkiego 60 przypadków, włączając w nie młodzieńcze rozmiękczenie kości *(osteomalacia juvenilis)*. W 6 lat później (w r. 1914) podał Wieland 70 przypadków na owe czasy opisanych. Dopiero pierwsza wojna światowa przysporzyła materiału w tej dziedzinie. Równocześnie wyjaśniono stosunek krzywicy późnej do osteomalacji młodzieńczej. Od czasów Virchowa (1853) obowiązywał bowiem pogląd dualistyczny. Różnica miała polegać na tym, że — jak pisał Virchow — „w osteomalacji co jest twarde staje się miękkim, w krzywicy natomiast twarde nie mięknieje“. Dalej w osteomalacji zmieniać się miała sama tkanka kostna, w krzywicy zaś chrząstka i okostna. Ale już w r. 1889 wykazał Cohnheim, że w osteomalacji przychodzi do takiego samego przerostu tkanki kostnawej jak w krzywicy. Ostatecznie rozstrzygnęły sprawę wyczerpujące badania histologiczne Pommera (1885) i Schmorla (1906—1920), którzy dowiedli, że nie ma istotnej różnicy między oboma schorzeniami. Pewne odrębności związane są jedynie z wiekiem. Krzywica jest chorobą dziecięcą (do 3 roku życia), na osteomalację zapadają dorośli. Krzywica późna przypada na lata od 4-go do 18—20-go roku życia. Na tym stanowisku stoi m. in. Hess, jeden z najlepszych znawców krzywicy, autor obszernej monografii w tym przedmiocie. Nie brak jednak odmien-

nych opinii: Kaufmann i Marchand zajmują pośrednie stanowisko między unitarystami i dualistami. Zwolennicy teorii dualistycznej powołują się m. in. na tzw. *osteomalacia infantilis*, ciężką postać odwapnień i zniekształceń kości, opisaną jeszcze w r. 1883 przez Rehna u dzieci w wieku 1—2 lat. Według Hessa chodzi tu o krzywicę powikłaną zaburzeniami w odżywianiu albo nawet gnilcem.

Jeżeli zważyć, że część krzywic późnych to bądź przeciągająca się krzywica wczesno-dziecięca, bądź jej wznowy, to do *rachitis tarda* w ściślejszym tego słowa znaczeniu niewiele wypadnie zaliczyć przypadków. Dlatego wydaje się nam pożytecznym omówienie przypadku zbadanego przez nas jeszcze w 1939 roku. Uważamy to za tym bardziej wskazane, że w przypadku tym przeprowadzono badania chemiczne, których brak ciągle jeszcze daje się odczuwać w krzywicy (Hess). W szczególności krzywica późna nie była dotąd — poza jedyną chyba publikacją Stearns i tow. — przedmiotem wyczerpujących badań co do zachowania się składników mineralnych i równowagi kwasowo-zasadowej.

M. J., nr karty chor. 57/39, lat 12, zgłosił się 13. II. na oddział chirurgiczny Szpitala św. Łazarza, skąd następnego dnia odesłano go do Kliniki Dziecięcej. Wywiady dotyczące choroby, zebrane od ojca, brzmią następująco: Przedtem zupełnie zdrów, w lecie ubiegłego roku zaczął skarżyć się na bóle i osłabienie nóg. Od lipca nie mógł chodzić bez pomocy laski; przy próbach chodzenia odczuwał ból, nogi uginały mu się w kolanach i kostkach. Od listopada nie potrafił już nie tylko chodzić, ale nawet stać o własnych siłach. Jest jednym z siedmiorga dzieci, trzecim z rzędu. Do 18-go miesiąca życia karmiony był piersią. Przedtem nigdy nie chorował.

Badanie przedmiotowe. Wzrost karli (105 cm, p. ryc. 1); odżywienie dobre. Skóra śniada, jędrna, czysta. Kościec: głowa kształtna, obwód 53,5 cm; łuki żeber nieznacznie na zewnątrz odchylone; nasady kości długich silnie zgrubiałe; kolana koślawe. Gruczoły chłonne obwodowe powiększone, elastyczne, przesuwalne pod skórą. W płucach skąpe objawy nieżytowe i wykazany rentgenologicznie miernego stopnia przerost gruczołów wnęk płucnych. Wątroba nieco obrzękła, migdałki nieznacznie powiększone. Narząd moczo-płciowy zewnętrznie bez zmiany. Ze strony psychiki żadnych nieprawidłowości.

Badanie krwi wykazało Hb 100%, ciałek czerwonych 5,280.000, wskaźnik barwny 0,96, ciałek białych 16.800 (w tym: limfocytów 8%, obojętnochłonnych członojądrzastych 50%, pętlowych i paleczkowych 28%, młodych 3%, kwasochłonnych 4%, monocytów 7%). Mocz wydzielany w ilościach prawidłowych nie zawierał składników patologicznych.

Badanie rentgenologiczne (dr Spritzer) wykonano w dniach 13. II., tj. w przeddzień przyjęcia do kliniki, 26, II. w siódmym dniu leczenia ergosterolem naświetlanym*), 14. III. bezpośrednio po ukończeniu 3-tygodniowej kuracji witaminowej i w 3 miesiące później 24. VI. 1939. Wykazało ono szereg typowych zmian w kośćcu, a nadto pozwoliło badać proces gojenia się kości pod wpływem ergosterolu. Załączone ryciny uzmysłowią to najlepiej.

Rentgenologicznie najwcześniejsze zmiany występują w krzywicy na przymostkowych końcach żeber; jednak badanie ich jest technicznie trudne. Dlatego przeprowadza się je na kościach długich kończyn. I tu znów pierwsze zmiany zaznaczają się na obwodowych końcach kości udowych, dośrodkowych końcach kości goleniowych i piszczelowych oraz na obwodowych końcach kości łokciowych. Jak wiadomo zmiany dotyczą zarówno nasad *(epiphyses)* jak i trzonów *(diaphyses)* kości długich. U dzieci małych, u których nasady są jeszcze chrzęstne, najwcześniejsze zmiany stwierdza się na przynasadowych końcach trzonów *(metaphyses)*. Tę część trzonu zbudowaną z tkanki kostnej odgranicza od nasady ostro zarysowana prosta lub lekko falista linia tymczasowego wapnienia. W krzywicy linia ta ma kontury zatarte, przebieg nieregularny. W naszym przypadku (ryc. 2, zdjęcie stawów kolanowych z 13. II.) nasady są częściowo skostniałe, linia tymczasowego wapnienia — wyraźna zwłaszcza na kościach udowych — jest nieciągła, poszarpana. Trzony są w całości odwapnione, część korowa ścieńczała, istota gąbczasta rozluźniona. Części przynasadowe trzonów kości udowych i podudzi są kielichowato wyżłobione, o brzegu nieostrym, zamazanym.

Na ryc. 3 (zdj. z 13. II.) widzimy kości miednicy z daleko posuniętym odwapnieniem i kości udowe z pasmowatymi wyjaśnieniami poprzecznymi w szyjkach. Są to bardzo znamienne dla krzywicy tzw. „warstwy przebudowy" Loosera, powstające wskutek odwapnień w miejscach silnie obciążonych.

Na ryc. 4 (zdj. z 26. II.) widać obwodowe części kości przedramieniowych i częściowo kości rąk. Szczególnie znaczne są zmiany kości łokciowych, ale również kości promieniowe dotknięte są w wysokim stopniu; podobnie kości śródręczy nie wolne są od opisanych wyżej zmian.

Ryc. 5, 6 i 7 (zdj. z 14. III.) odpowiadają rycinom 1, 2 i 3, dając obraz tych samych kości w okresie naprawy. Linie tymczasowego wapnienia nabierają ostrości (szczególnie dobrze widać to na kościach udowych), kielichowate wgłobienia przynasadowych końców trzonów wypełniają się; w przeświecającej przedtem części nasad odkładają się sole wapniowe, w następstwie czego część ta występuje teraz jako cień; podobnie zacieniają się miejsca odpowiadające „warstwom przebudowy".

Jeszcze dalej posunięty proces naprawy śledzić można na ryc. 8 i 9 (zdj. z 24. VI.), gdzie widoczne jest już delikatne beleczkowanie i ostre obrysy nasad kostnych.

Badanie chemiczne polegało na kontroli przemiany mineralnej i równowagi kwasowo-zasadowej. W tym celu oznaczano zawartość wapnia i fosforu we krwi oraz w pokarmach, moczu i kale. Z danych poborów i wydalin układano bilanse obu tych pierwiastków. Podobnie badano przemianę sodu, potasu, magnezu i chloru. O stanie równowagi kwasowo-zasadowej wnoszono na podstawie zachowania się rezerwy alkalicznej i chlorków krwi, tudzież opierając się na danych moczu (kwasocie, zawartości amoniaku, spółczynnikach amoniakalnych). Wszystkie te

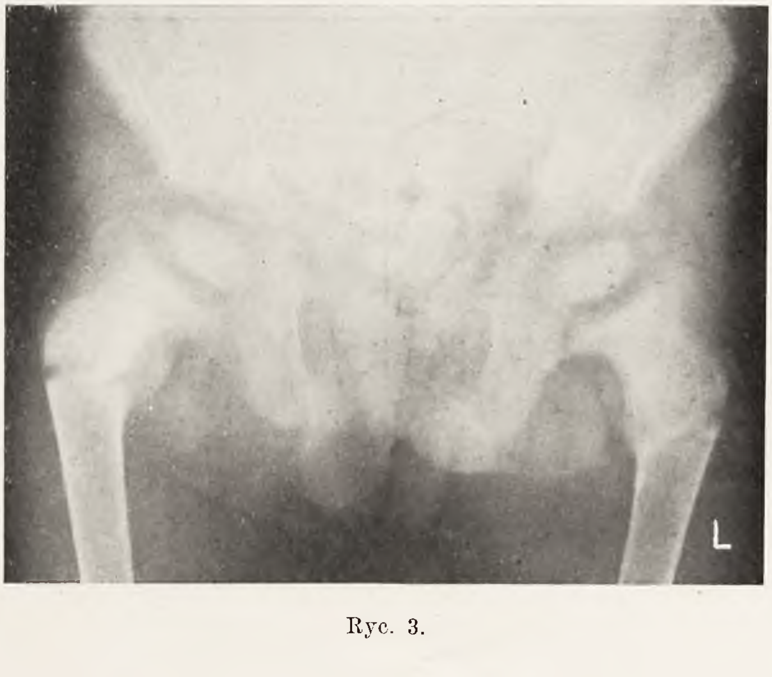
*) Podawano Vitavit Spiessa w ilości po 10 kropel dwa razy dziennie.



Ryc. 1.



Ryc. 2.



Ryc. 3.



Ryc. 4.



Ryc. 5.



Ryc. 6.



Ryc. 7.



Ryc. 8.



Ryc. 9.

badania przeprowadzono dwukrotnie: przed rozpoczęciem leczenia (I okres) i po trzechtygodniowej kuracji witaminowej (II okres).

Przemiana mineralna. Wapń krwi nieznacznie obniżony w pierwszym okresie (8,7 mg$^0/_0$), w drugim wzrósł o 17,2$^0/_0$ wartości pierwotnej (10,2 mg$^0/_0$). Podobny wzrost w okresie zdrowienia wykazało badanie fosforu nieorganicznego; poziom jego w pierwszym okresie odpowiadał w przybliżeniu dolnej granicy normy (3,6 mg$^0/_0$); po podaniu ergosterolu podniósł się do 3,9 mg$^0/_0$, czyli zawartość *P* nieorganicznego krwi zwiększyła się o 8,3$^0/_0$. W tym samym stopniu wzrósł fosfor całkowity i całkowity rozpuszczalny w kwasach, natomiast fosfor lipoidowy krwi nie uległ zmianie pod wpływem leczenia.

Iloczyn Ca × P krwi, wynoszący według Howlanda i Kramera w warunkach prawidłowych >40, w naszym przypadku w pierwszym okresie znajdował się znacznie poniżej (31,32), w drugim zbliżał się do granicy prawidłowej (39,78). Iloraz Ca/P (norm. ±2,0) wzrósł w drugim okresie z 2,4 do 2,6. Stosunek K:Ca krwi (prawidłowo ok. 2,0) zmniejszył się z 3,36 do 1,56. Stosunek sumy sodu i potasu do sumy wapnia i magnezu (wynoszący u osobnika zdrowego ok. 27,6) wyższy w pierwszym okresie (34,06), zmalał w okresie drugim (28,7).

Miles i Feng (jedyni według Hessa autorzy, na oznaczeniach których można polegać) znajdowali w osteomalacji najczęściej obniżenie poziomu wapnia krwi. Wiemy jednak, że i niektóre krzywice cechuje zmniejszenie tylko wapnia; dawny pogląd, według którego hypophosphataemia miała być rozpoznawczo najważniejszym objawem w krzywicy, upadł i dziś przyjmuje się trzy różne jej odmiany: z obniżonym wapniem przy prawidłowym fosforze, z obniżonym fosforem przy prawidłowym wapniu i trzecią postać, w której zarówno wapń jak i fosfor krwi są zmniejszone. W tych warunkach byłoby rzeczą niemożliwą różnicować między krzywicą późną i rozmiękczeniem kości na podstawie zachowania się obu tych pierwiastków we krwi.

Bilanse fosforowe i wapniowe pierwotnie ujemne, zmieniły się na dodatnie w okresie zdrowienia. W osteomalacji bilans wapniowy jest zwykle ujemny, fosforowy dodatni. W krzywicy wczesno-dziecięcej bilans wapniowy rzadko kiedy jest ujemny, zwykle jest „subnormalnie dodatni"; podobnie przedstawia się bilans fosforowy.

Wydalanie wapnia drogą nerek wzrosło w okresie zdrowienia o 250,6$^0/_0$, równolegle zmalało wydalanie drogą jelitową o 87,4$^0/_0$. Prawie w tym samym stopniu zmniejszyło się wydalanie fosforu z kałem (o 84, 4$^0/_0$); z moczem wydalił nasz pacjent w II okresie o 11,3$^0/_0$ więcej. Chociaż łącznie wydalił chory fosforu w I okresie 771,3 mg, w II okresie 427,1 mg na dobę, a więc w okresie zdrowienia mniej, stosunek ilości wydalanych w moczu i kale (P moczu: P kału) zmienił się w II okresie całkowicie na korzyść moczu (z 319,8:451,5 na 356,0:71,1). Tego rodzaju wzmożone wydzielanie fosforu drogą nerek *(hyperphosphaturia)* spotyka się zwykle u ozdrowieńców z krzywicy wczesno-dziecięcej.

Ponieważ w warunkach prawidłowych prawie cały wapń zatrzymywany przez ustrój idzie na budowę kości, a 1/10 do 1/4 fosforu zużyta zostaje na cele tkanek miękkich, ze stosunku ilości zatrzymanych wapnia i fosforu wnosić można o natężeniu wzrostu kośćca w porównaniu ze wzrostem innych tkanek. W kości stosunek Ca:P = 2:1. Jeśli ustrój zatrzymuje oba pierwiastki w tym samym stosunku, znaczy to, że kość rośnie szybciej niż tkanki miękkie. Stosunek 1,5:1 wskazuje, że wzrost obu odbywa się równomiernie. Jeżeli stosunek Ca:P wynosi mniej od jedności, tkanki miękkie rosną szybciej. W naszym przypadku wzajemny stosunek ilości zatrzymanych wapnia i fosforu w okresie zdrowienia wynosił aż 11,2. Świadczy to o bardzo intensywnym odkładaniu wapnia w kościach w tym okresie.

Magnez krwi zmalał w okresie zdrowienia 1,3 krotnie. Ponieważ wapń wzrósł równocześnie 1,2 krotnie, można powiedzieć, że jeden zmniejszył się tyle co drugi się zwiększył. Dwa te pierwiastki zachowywałyby się więc antagonistycznie. Bilans magnezu jest w obu okresach dodatni, w drugim silniej. Schloss znajdował dodatnie bilanse magnezu w krzywicy wczesno-dziecięcej, Mc Crudden w osteomalacji. Według Schülera i Birka przemiana wapnia i magnezu postępuje równolegle. Stwierdzenie, że w przypadkach ciężkiej krzywicy zarówno wapniowe jak i magnezowe bilanse były ujemne, przeczy — ich zdaniem — możliwości wyrównywania strat Ca przez Mg. „W każdym razie — mówi Hess — sprawy nie można uważać za rozwiązaną, ponieważ badania są zbyt świeże i wyniki sprzeczne ze sobą". Nasze wyniki świadczyłyby o możliwości występowania magnezu w tego rodzaju roli zastępczej.

Potas krwi zmniejszył się w drugim okresie o 42,1$^0/_0$, natomiast sód nie zmienił się. Bilans pierwszego był w obu okresach ujemny, drugiego dodatni. Za lepszym wchłanianiem się obu z przewodu pokarmowego w okresie zdrowienia świadczy wzmożone wydzielanie drogą nerek przy równoczesnym zmniejszeniu ilości odprowadzanej z kałem.

Równowaga kwasowo-zasadowa. W badaniu stanu równowagi kwasowo-zasadowej posługiwaliśmy się metodą pośrednią, oznaczając z jednej strony zasób zasad i chlorowy wskaźnik krwinkowo-osoczowy krwi, z drugiej kwasowość istotną i potencjalną, zawartości dobowe amoniaku i azotu całkowitego moczu. Z danych moczu wyliczaliśmy spółczynniki amoniakalne. Z porównania wyników pomiarów przeprowadzonych na krwi i moczu wypadałoby w pierwszej chwili, że są one ze sobą sprzeczne. Stosunkowo wysoka rezerwa alkaliczna (48,1) i niski chlorowy wskaźnik krwinkowo-osoczowy (0,46), stwierdzone przy pierwszym badaniu (przy drugim badaniu RA = 44,1; $Cl_{krw.}/Cl_{os.} = 0,50$), przemawiały za alkalozą. Równocześnie wysokie spółczynniki amoniakalne moczu (spółcz. NH_3: I. 14,54; II. 8,45; spółcz. NH_3 zredukowany (sp. Hasselbalcha): I. 22,17; II. 10,98; spółcz. György-Mainzera I. 17,28; II. 11,36) przeczyły temu. Jednak sprzeczność ta jest pozorna. Spółczynnik amoniakalny wyraża wzajemny stosunek dobowych ilości azotu amoniakalnego i całkowitego*). Rośnie zatem zawsze,

*) $\frac{N.NH_3}{N \text{ całk.}} \times 100$ wynosi w warunkach prawidłowych 5—7. Spółcz. amoniakalny zredukowany (do pH moczu 5,8 ina-

gdy albo zwiększa się ilość amoniaku, albo gdy maleje ilość całkowitego azotu. Ta druga możliwość zachodzi w naszym przypadku. Przy pierwszym badaniu zanotowano $N_{całk.}$ 4199,6, przy drugim: 5631,3 mg na dobę, zatem wzrost o 34%. Różnicę tę spowodowała większa zasobność w białko diety spożytej przed drugim badaniem. Przeciw pozornemu zakwaszeniu w I okresie świadczą dalej stosunkowo wyższy pH (I. 6,64; II. 6,28) i niższa kwasota miareczkowa moczu (I. 82,05; II. 116,88). W rezultacie stwierdzano pewne przesunięcie w stronę zasadową przy pierwszym badaniu, w porównaniu z badaniem drugim.

Biorąc na uwagę niższe miano wapnia, wyższą zawartość potasu krwi oraz pewne nastawienie zasadzicze soków w pierwszym okresie, zbadano chorego na możliwość tężyczki. Wszystkie próby (obj. nerwu twarzowego i in., obj. Trousseau, odczyn Erba) wypadły ujemnie.

Wnioski końcowe. Opisany przypadek dotyczy niewątpliwie krzywicy późnej. Świadczą o tym badania zarówno rentgenologiczne, jak i chemiczne. Można tu mówić nadto o krzywicy późnej w ścisłym słowa tego znaczeniu albo rzeczywistej. Pacjent bowiem nie przechodził w dzieciństwie żadnych chorób, w szczególności chorób kości. Wzrost odpowiadający chłopcu pięcioletniemu, świadczy, że przez pierwsze cztery lata rozwijał się prawidłowo, a stwierdzane ostatnio zmiany kostne w stanie rozkwitu datować się mogły od wieku, w którym krzywica właściwa (wczesno-dziecięca) już się nie pojawia.

---

czej spółcz. Hasselbalcha wynosi w tych warunkach 2,3—5,5. Spółcz. György-Mainzera:

$$\frac{\text{Całkowita kwasota} + \text{N.NH}_3 - \text{zasadowość}}{\text{N całk.}} \times 100$$ waha się u osobnika zdrowego około 10,0.

PIŚMIENNICTWO

Birk w/g Schülera; Cohnheim w/g Hessa; Giza T.: Über die Bedeutung des Phosphors und des Kalziums in Nierenkrankheiten und für die Entstehung von Rachitis und Tetanie auf Grund eigener Untersuchungen über den Phosphor-Kalkstoffwechsel kranker Kinder. Bull. Acad. Pol. Sc. Lett., Cl. Méd., Cracovie 1938, 265—291. — Troubles de l'équilibre acide-base dans le rachitisme et la tétanie infantile. Arch. Méd. Enf., Paris 1938, *41*, 633—637. — Patogeneza krzywicy w świetle nowszych badań fizyczno-chemicznych. Pol. Gaz. Lek. 1938, nr 41, 823—824; Hess A. F.: Rickets including osteomalacia and tetany, Philadelphia 1929; Howland i Kramer w/g Hessa; Kaufmann w/g Hessa; Looser w/g Hessa; Marchand w/g Hessa; Mc Crudden w/g Hessa; Mięsowicz E.: O krzywicy późnej, Przegląd Lekarski 1908, Nr. 20 i 21, 271—273 i 287—290; Miles i Feng w/g Hessa; Pommer w/g Schmorla; Rehn J. H.: Über Osteomalacie im Kindesalter, Jahrb. f. Khlkde 1883, *19*, 170—178; Schloss w/g Hessa; Schmorl.: Die pathologische Anatomie der rachitischen Knochenerkrankung mit besonderer Berücksichtigung ihrer Histologie und Pathogenese. Erg. inn. Med. u. Khlkde 1909, *4*, 401—454 i w/g Hessa; Schüler W.: Zur Kenntnis des Calcium- und Magnesium-Stoffwechsels bei der Rachitis. Monatsschr. f. Khlkde 1927, *36*, 25—41; Stearns G., Oelke M. J., Boyd J. D.: Mineral metabolism in late rickets. Am. J. Dis. Child. 1931, *42*, 88—101; Virchow w/g Hessa; Wieland w/g Hessa;

Doc. dr ZBIGNIEW OSZAST

Żywoty męczenników

I.

Wpadła mi w ręce książka, w której należało nam się jedno z pierwszych miejsc, a tymczasem nie zajęliśmy żadnego. Chodzi tu o zbiorową pracę, wydaną w 1937 roku pod redakcją Hansa Meyera (Brema) *). Książka ta, budząca swą treścią tak potrzebną nam dzisiaj wiarę w zwycięstwo prawdy, na blisko 170 stronach zawiera krótkie sylwetki badaczy, lekarzy, fizyków, techników, sióstr miłosierdzia, pielęgniarek i laborantów, którzy położyli swe siły, zdrowie i życie przy zwycięskim zdobywaniu szlaków na niebezpiecznej drodze, jaką kryło przed sobą olśniewające odkrycie promieni X i radu. Zgony tych ludzi, wywołane zostały ciężkimi oparzeniami powłok skórnych, uszkodzeniami krwi, czy też po największej części rakiem „rentgenowskim", a zatem wszystkie szkodliwymi skutkami długotrwałego działania energii promienistej. W książce jest mowa o 170 takich bohaterach najrozmaitszej narodowości, z których są wyliczone w następującej kolejności: Niemcy (20), Belgia (4), Dania (5), Finlandia (1), Francja (27), Anglia (14), Włochy (10), Indie Holenderskie (1), Austria (6), Rosja (2), Szwajcaria (6), Czechosłowacja (5), Węgry (4) i Stany Zjednoczone (39). Oczywiście tych ofiar było więcej, dużo więcej, niż zostało wyliczone. Podano tylko dostępne materiały, a książka poświęcona jest wszystkim, którzy ofiarnie oddali swe życie na usługi cierpiących.

A zatem wyliczeni zostali, tak jak opiewa tytuł tej złotej księgi („Ehrenbuch aller Nationen..."), wszyscy, prawie wszystkie narodowości, tylko... nie ma Polski. Jest Finlandia, jest Dania, są Indie Holenderskie, nie ma tylko Polski...

Chociaż redaktor książki, spełniając, jak pisze, dług wdzięczności wobec zmarłych, w przedmowie podkreśla wspólny wysiłek tych ludzi nauki bez względu na ich narodowość i chociaż zwraca szczególną uwagę na szlachetny cel ich pracy: niesienie pomocy w cierpieniach chorych, co siłą rzeczy znosi wszelkie różnice rasowe i granice terytorialne — to jednak nikt nas nie posądzi o jakiś wybujały nacjonalizm, jeśli zaprotestujemy przeciwko faktowi nieumieszczenia w tej książce w ogóle grupy polskiej. Wszak wielu Polaków zginęło w walce energii promienistej z chorobami (do tej sprawy wrócimy osobno w najbliższym czasie). Brak grupy polskiej jest jeszcze tym bardziej przykry i rażący, że naszą rodaczkę Marię Skłodowską-Curie umieszczono w grupie francuskiej. Winę aneksji w tym przypadku należy przypisać i redaktorowi książki, któremu chyba znaną była narodowość odkrywcy zjawiska promieniotwórczości i autorowi sylwetki polskiej uczonej, Klaudiuszowi Regaud z paryskiego Instytutu Radowego. Wszak prof. Regaud był bliskim współpracownikiem Marii Skłodowskiej-Curie, prowadząc dział lecznictwa w Insty-

---

*) „Ehrenbuch der Röntgenologen und Radiologen aller Nationen" — Bd. XXII, (Sonderbände zur Strahlentherapie), Urban und Schwarzenberg, Berlin—Wien, 1937 (str. 168).

tucie Radowym, ba, był nawet w Warszawie w 1932 r. na uroczystym poświęceniu Instytutu Radowego im. Marii Skłodowskiej-Curie.

Jest znaną rzeczą, że praca badawcza nad zjawiskami promieniotwórczości, nad odkryciem radu była dziełem obojga małżonków Curie, ale z chwilą, gdy prof. Regaud pisał życiorys Marii Skłodowskiej-Curie nie powinien był pozwolić na tę formę, w jakiej to zostało wydrukowane. Podanie mimochodem w życiorysie miejsca urodzenia Marii Skłodowskiej-Curie, faktu, że ją ucieszyło oswobodzenie ojczyzny z pęt niewoli, że oba kraje, Francja i Polska były jej równie drogie — nie może nas zadowolić...

II.

We wspomnianej książce znajdują się krótkie życiorysy ludzi, którzy stali się ofiarami nowej gałęzi wiedzy medycznej, posługującej się energią promienistą do badania i leczenia najrozmaitszych chorób, a przede wszystkim nowotworów złośliwych. Dzięki odkryciu promieni X, dzięki odkryciom Marii Skłodowskiej z jej mężem Piotrem Curie — nauka po dokonanym przez te odkrycia przewrocie dotychczasowych pojęć w fizyce i chemii, wkroczyła na nowe tory, otwierające przed biologią i medycyną praktyczną niezmiernie szerokie i coraz nowe możliwości, niespotykane dotychczas przy żadnym innym odkryciu.

W opracowywaniu sposobów zastosowania i zużytkowania tej nowej postaci energii do celów leczniczych — zginął legion ludzi. Zginęli oni wskutek niedoskonałości pierwotnych sposobów stosowania energii promienistej, sposobów, które nieodpowiednio chroniły samych badaczy, czy pracowników przed szkodliwym działaniem nowego gatunku energii. Promienie te bowiem, jak się niestety po szeregu smutnych, tragicznych doświadczeń na „skórze" samych badaczy przekonano, posiadają między innymi jedną bardzo charakterystyczną cechę: nie działają nigdy napróżno, nawet w najmniejszej ilości i posiadają zdolność sumowania się, tzn. że jeden insult promienny, choćby najbłahszy i przypadkowy dodaje się do następnego i w sumie w zależności od intenzywności tych poszczególnych naświetlań wywierają one swoje różne działanie. Jeśli tych naświetlań było dużo, za dużo i jeśli przekroczyły granicę wytrzymałości ludzkich tkanek, wtedy zsumowane wywierają działanie, wyrażające się uszkodzeniami krwi, oparzeniami skóry, zwyrodnieniem skóry i jej najgroźniejszym następstwem w postaci raka popromiennego, niepowstrzymanie kroczącego naprzód i zajmującego coraz to nowe odcinki ciała. Sprowadza on w końcu śmierć z powodu przerzutów i ogólnego wyniszczenia nowotworowego. Lekarzom, pracującym w początkach ery leczenia energią promienistą zanim wynaleziono odpowiednie środki, chroniące ich w czasie pracy przed szkodliwym działaniem promieni, grozi nieuchronna śmierć po kilku latach pracy w zawodzie radiologa. Większość spośród wyliczonych w omawianej książce to ludzie w sile wieku, od 35—50 lat.

Ginęli tragicznie.

Ich życie było tak heroiczne i wartościowe, że ośmielić się musimy podkreślić jego martyrologię wbrew zasadzie Marii Skłodowskiej-Curie: „w nauce nie powinniśmy się interesować ludźmi, tylko faktami".

Sygnałem rozpoczynającym tragiczne koleje ich życia było popromienne zapalenie skóry na rękach. Z reguły u wszystkich skóra po pewnym czasie zaczynała wysychać, łuszczyć się, pękać. Powstawały wybujałości naskórkowe i owrzodzenia, bolesne i nie gojące się pod wpływem żadnych środków — oznaki zbliżającego się nieuchronnie złośliwego zwyrodnienia, raka „rentgenowskiego". Śmierć już gotuje się do skoku. Zaczynało się od amputacji jednego palca, drugiego, dłoni... Może niebezpieczeństwo zażegnane. Ale nie. Po kilku miesiącach, latach odzywało się nieszczęście — teraz na drugiej ręce. Znowu potrzeba amputacji. Usuwano znowu palce, dłoń, sięgano po całe ramiona.

Ludzie bez rąk!

Ale jakże mogło być inaczej. Jakże mogło być dobrze, skoro po szeregu amputacyj, poprzedzonych dniami i nocami strasznych bolów, wracali do pracy. Z bohaterskim samozaparciem pracowali dalej. A proces nowotworowy nie wygasał, przycichał i podsycany ich dalszą pracą w niebezpiecznych warunkach parł niepowstrzymanie naprzód, zajmując coraz to nowe części ciała, wywołując coraz to nowe spustoszenia. Epilogiem musiały być coraz to nowe amputacje.

I gdybyż to koniec. Nieubłagane promienie toczą pożogę nieszczęść dalej. Oparzenia obejmują twarz, oczy. Trzeba im usuwać gałki oczne. Ale nawet straciwszy wzrok nie zaznają spokoju, gdyż wróg, zagnieżdżony w ich ciele na dobre czuwa, prowadząc do zapalenia opon mózgowych...

Ludzie pozbawieni wzroku!

Niektórymi potem muszą zająć się gminy. Trudno przecież zarobkować będąc pozbawionym wzroku i rąk.

Wypadają im zęby, znoszą okrutne bóle, giną z powodu białaczki, anemii złośliwej, której nie zdołają zapobiedz wielokrotne transfuzje. W ten sposób nie uratują żony swych mężów, ofiarując im swą serdeczną krew po kilkanaście razy. Ilość ciałek czerwonych spada w zastraszającym tempie...

Mnożą się straszliwe owrzodzenia na ciele, bóle wzmagają się z piekielną mocą, tak, że ci nieszczęśliwcy, jak o łaskę proszą o nową amputację. Ale to jest też ich jedyna prośba. Nie skarżą się pozatem nigdy. O nic innego nigdy nie proszą.

Giną wśród porażeń kończyn, z powodu krwotoków z przeżartych promieniami naczyń, gasną powoli z powodu przerzutów i ogólnego wyniszczenia nowotworowego...

Ale mimo amputacji jednej ręki i początku choroby na drugiej, nie przerywają pracy. „Żyją przejęci pracą, jak we śnie", upojeni atmosferą skupienia swych warsztatów pracy. Nie mogąc już pracować z powodu braku rąk, służą dalej swą pomocą, doświadczeniem i wnikliwymi wskazówkami. Bóle nie zdołają im odebrać entuzjazmu do dalszej pracy, nie stłumią w nich niespożytej energii z jaką mimo kalectwa pracują dalej, nie szczędząc resztek sił i zdrowia. Niektórzy poddawali się dosłownie kilkudziesięciu zabiegom operacyjnym, byle tylko móc

dalej pracować, składając tym samym świadectwo, jak niewyczerpaną skarbnicą woli i bezinteresowności potrafi być człowiek, który ukochał bliźnich swych i naukę. Jakże wzruszającym jest obraz jednego z tych męczenników, który przez wiele lat był obiektem na którym demonstrowano jakość lamp do prześwietlań.

Każdy z nich był gnany jakąś obawą, że nie spełni swego zadania. Stąd mimo choroby pracowali dalej, byle skończyć. Nieraz całymi latami, naznaczeni stygmatem powoli rosnącej się śmierci, czekali z nadludzką cierpliwością na nią. A zbliżała się ona powoli w miarę, jak mnożyły się zabiegi operacyjne i jak ubywało ciała. W walce ze śmiercią pracowali prawie do ostatniej chwili, dopiero ciężkie schorzenie ogólne odrywało ich od śmiercionośnego warsztatu pracy.

Wszyscy oni ginęli na posterunku nie tylko jako ofiary swego zawodu, przy pracy codziennej, niejednokrotnie w warunkach bardzo skromnych, źle wentylowanych pracowniach, których prototypem była stara szopa małżonków Curie z przeciekającym dachem przy ul. Lhomond — ale przede wszystkim na posterunku wiedzy. Oni wszyscy z mocy swego wielkiego ducha byli pionierami radiologii, oni zbudowali rozległy gmach tej nowej nauki. Każdy z nich w miarę swej inwencji twórczej rozszerzył świat naszego poznania, każdy wniósł jakąś zdobycz i ulepszenie do uprawianego przez siebie zawodu, który zastali surowym i pełnym zagadek. Celem ich życia właśnie było zdobywanie i odkrywanie tych tajemnic dla szczęścia potomnych. Oni też własnym cierpieniem pokazali, jak się mamy chronić przed szkodliwym działaniem promieni.

Ich tryumfy naukowe zrodzone zostały w męce i bólu i pogardzie śmierci, czatującej na nich w środku, którym innym przywracali zdrowie i życie.

Życiorysy tych ludzi, pisane serdeczną krwią przez ich przyjaciół, żony, uczniów, nauczycieli i towarzystwa naukowe, podane są krótko w swym tragicznym i pięknym bohaterskim wyrazie. Najdłuższy w tej książce jest życiorys Marii Skłodowskiej-Curie.

Wraz z mężem ulegała wielokrotnie szkodliwemu działaniu odkrytego przez siebie promieniowania. Mieli oboje poparzone palce, które stale potem ropiały i łuszczyły się chorobliwie. „Jej szorstkie, stwardniałe ręce, głęboko poparzone przez rad"... napisze potem jej córka Ewa, patrząc po raz ostatni w Sancellemoz na ręce swej matki. Tutaj należy też wspomnieć o śmiałym doświadczeniu Piotra Curie, który celowo dla przekonania się o tym szkodliwym działaniu radu, przyłożył go na pewien czas do swego ramienia, ulegając wskutek tego oparzeniu. Poza radem była Maria Skłodowska-Curie wystawiona na działanie promieni X, gdy w czasie pierwszej wojny europejskiej, jako kierowniczka wojskowej służby radiologicznej pracowała bez wytchnienia w szpitalach wojskowych. Ta praca doprowadziła w końcu do katastrofy. Umiera, jako ofiara długotrwałego działania ciał promieniotwórczych: Jej lekarz w sanatorium dr Tobé napisze: „Maria Curie zmarła w Sancellemoz dnia 4 lipca 1934 roku na skutek anemii złośliwej aplastycznej o przebiegu gwałtownym, gorączkowym. Szpik kostny nie zareagował prawdopodobnie dlatego, że zaszły w nim zmiany, spowodowane długoletnim wpływem promieni".

Istnieje na świecie niewiele podobnych przykładów o życiu ludzi ginących z wiarą w ukochane idee. Żywoty Świętych umęczonych za wiarę, żywoty bohaterów narodowych, bojowników niepodległościowych, „żywoty męczenników" Duhamela z pierwszej wojny europejskiej, i ostatnio żywoty bohaterów ze śmiertelnych obozów koncentracyjnych, utworzonych przez tych samych, którzy męczennikom nauki, poświęcającym życie na usługi nauki postawili pomnik w Hamburgu...

Tutaj na drodze, wiodącej do zdobyczy, które odrazu stają się dobrem wszystkich ludzi na ziemi, na tej drodze ciężkiej i niebezpiecznej nielitościwych promieni, nie przepuszczających nikogo bezkarnie — spotykamy bohaterów z urodzenia, z powołania, idących mozolnie, lecz z żelazną wytrwałością naprzód ze wzrokiem zapatrzonym w trudno osiągalny cel zdrowia ludzkości.

Dzisiaj błogosławimy ich i składamy im hołd wszyscy.

Nie będę tutaj wymieniał nazwisk, gdyż musiałbym przytoczyć wszystkie bez wyjątku. Przecież w obliczu wielkiego dzieła dla dobra ludzkości spełnionego i w obliczu majestatu tragicznego życia tych ludzi — wszyscy oni byli jednakowo wielcy. Każdy z nich, lekarz, czy inżynier, pielęgniarka, czy technik, wszyscy oni są równie drodzy naszemu sercu.

Sercu przepełnionemu wdzięcznością i smutkiem.

OCENY

Dr JERZY POGONOWSKI

Uwagi krytyczne o książce prof. L. Zembrzuskiego „Dzieje kierunków, teoryj i doktryn filozoficzno-lekarskich"

Poniższe uwagi, choć na pierwszy rzut oka mogą się wydać czytelnikowi spóźnionymi, są jednak zawsze na czasie, gdyż medycy i lekarze w całej Polsce uczą się historii medycyny z istniejących dwóch polskich podręczników: prof. Szumowskiego: „Historia medycyny filozoficznie ujęta" (Kraków 1930—1935) oraz prof. Zembrzuskiego: „Dzieje kierunków, teorji i doktryn filozoficzno-lekarskich" (Warszawa 1935). Otóż medycy i lekarze nasi powinni wiedzieć o stosunku książki prof. Zembrzuskiego do książki prof. Szumowskiego.

Dzieło Zembrzuskiego poprzedza nie najdokładniej przytoczony, dobrze zresztą dobrany wiersz Asnyka o czci, należnej ołtarzom przeszłości,

Nie udało się jednak autorowi wznieść ołtarza doskonalszego od pracy, na której się w przeważnej jej części wrecz wzorował, tj. „Historii medycyny filozoficznie ujętej“ prof. Szumowskiego. Taki, na pograniczu wręcz przepisania w wielu miejscach, stosunek dzieła późniejszego do wcześniejszego bije po prostu w oczy. W. przypadkach zaś, w których dr Zembrzuski odstępuje od pierwowzoru i daje pogląd własny, niekiedy nie miewa słuszności. Jedynie lepiej opracował historię medycyny polskiej, którą podał oryginalnie i dokładniej.

Prof. Szumowskiego znamionuje ostrożność w wypowiadaniu sądów, Dr Zembrzuski zaś lubi sprawę natychmiast rozstrzygnąć, nawet gdy nie ma do tego danych — przypominając w ten sposób złośliwe słowa Boya-Żeleńskiego o wyrokowaniu „damy starszej“.

W dziale książki historycznym układ dra Zembrzuskiego robi wrażenie opowiedzenia podręcznika prof. Szumowskiego „swoimi słowami“ — bez przytoczenia wzoru we właściwych miejscach. Dopiero przy Empedoklesie, czując, widać, potrzebę okazania samodzielności, dr Zembrzuski rozstawia wzrokowo inaczej odpowiedniki filozofa, niż prof. Szumowski, przeciwstawiając np. ziemi — suchość, itp.

O eklektyku Celsie przepisał dr Zembrzuski prawie wszystko z tekstu prof. Szumowskiego, na którego wcale się nie powołał.

Niesłusznie nie pozwala dr Zembrzuski z „filozofii wiedzy lekarskiej czerpać dla siebie płodnych pierwiastków“ (str. 73), skoro wiemy, że wiele chorób powstaje psychorodnie i że teoria winna uwzględniać psychikę, a więc filozofia wiedzy mogłaby się okazać płodną.

Pisząc zupełnie tak, jak prof. Szumowski, o naśladowcach Celsa i Galena, przy charakterystykach swych dr Zembrzuski pozostawia je bez przytoczenia prof. Szumowskiego, lub choćby tylko zaznaczenia swej odeń, delikatnie to określając, zależności.

Na str. 90—91 streszcza dr Zembrzuski za prof. Szumowskim św. Augustyna, bez przytoczenia jednakowoż pierwowzoru. Wreszcie, streściwszy bezkrytycznie (z przyjęciem nie zawsze właściwego pod względem historycznym podziału epok prof. Szumowskiego) za nim nerwice i psychozy „średniowieczne“, mistycyzm i stygmatyzm, dopiero in fine str. 96 zacytował dr Zembrzuski — jakby po raz pierwszy tu zeń korzystając — bardzo dokładnie prof. Szumowskiego. Jest to w nauce robota nierzetelna.

Pisząc o Mesmerze, o którym tak słusznie zaznaczył dr Tad. Bilikiewicz („Archiwum“ prof. Wrzoska t. XV) w swej ocenie pracy prof. Szumowskiego iż niedość uwydatnił obok jego ew. szarlatanerii — jego zalet, w szczególności nie wspomniał „o jego pozytywnych zasługach jako twórcy psychoterapii i odkrywcy hipnozy, tak doniosłego środka leczniczego“ — zaciemnia jego rolę dr Zembrzuski pretensjonalnymi słowami „*Sapienti sat*“, choć właśnie, jak na mądrych i dla mądrych, za mało obaj historycy medycyny Szumowski i Zembrzuski napisali. Zato słusznie prof. Szumowski okazał się dużo liberalniejszy wobec Schellinga, niż atakujący filozofa przyrody niepomiernie ostro dr Zembrzuski (str. 159).

Zdumiewające, że o znakomitym Swietenie nie napisał dr Zembrzuski ani słowa.

Na str. 174 daje dr Zembrzuski ogólnym określeniem mętnym zakończenie części głównej, żeby ją łagodnie określić, kompilacyjnej.

O lekarzu Mikolaju z Polski, którego sprawę zbadał filolog klasyczny prof. Stan. Witkowski, zarówno dr Zembrzuski, jak i prof. Szumowski, nic nie piszą. A szkoda!

Są daty, w których się mylić nie wolno; do nich należy dla uczonego polskiego zwłaszcza — data założenia Wszechnicy Jagiellońskiej.

Na str. 199 chciał chyba dr Zembrzuski mówić o kierunku doświadczalnym fizjologii, a nie „filozofii“.

Na tle zestawień powyższych niemile uderza nader stronnicze wypowiedzenie się sprawozdawcy omawianej pracy dra Zembrzuskiego, a b. asystenta i w dodatku recenzenta „Historii“ prof. Szumowskiego, istotnego znawcy przedmiotu dra Tad. Bilikiewicza, który w ocenie swej w „Polskiej Gazecie Lekarskiej“ (z r. 1935) zaznaczył, że podejście dra Zembrzuskiego do przedmiotu jest ciekawsze i bardziej podniecające, pobudzające, niż podejście weterana jakoby, prof. Szumowskiego. Nie zgadza się to ze stanem rzeczy.

Złośliwy ów sąd ani o jotę nie zmieni położenia i nie odwróci rzeczywistego stosunku, jaki zachodzi pomiędzy rzetelnie napisaną, pionierską w Polsce i ciekawą dla świata „Historią medycyny filozoficznie ujętą“ prof. Szumowskiego, a o wiele mniej rzetelnie z niej — no, powiedzmy, w części głównej skompilowanymi „Dziejami kierunków, teoryj i doktryn filozoficzno-lekarskich“ dra Zembrzuskiego, za lekko biorącego sprawę autorstwa.

ŚWIAT LEKARSKI W CZASIE OKUPACJI I NA PRZEŁOMIE

Dr OWSIŃSKI (Dokończenie).

Działalność Wydziału Zdrowia m. Krakowa w czasie wojny, oraz niemiecka służba zdrowia z tegoż okresu

Szpital im. Narutowicza liczył blisko 500 łóżek. Wprawdzie był on przeznaczony na szpital dystryktu, praktycznie jednak służył on Niemcom przebywającym w mieście. Mimo, że według miary stosowanej w Niemczech, na 1000 mieszkańców liczba łóżek szpitalnych miała wynosić 6, to w Krakowie już na skutek zajęcia dla Niemców szpitala Ubezpieczalni stosunek ten potroił się. Niestosunek ten później jeszcze wzrósł, gdy poza zajęciem kilku mniejszych szpitali prywatnych dla wojska i SS zajęto w szpitalu

św. Łazarza dla Niemców około 500 łóżek, a w M. Zakładach Sanitarnych pozwolono lokować Niemców. Liczba tychże w Krakowie zapewne nigdy nie przekroczyła 25.000.

Lekarze niemieccy, jak w innych dziedzinach zdrowia tak i w sprawie szpitalnictwa zarzucali Polakom różne niedociągnięcia i prowadzenie tzw. „polityki fasadowej". Jakkolwiek niedociągnięcia istniały, to trudno stawiać zarzut, że Polacy mają kiepsko urządzone szpitale, gdy im się odbiera nowowybudowane i nowocześnie urządzone szpitale, jak np. szpital Ubezpieczalni w Krakowie, a następnie te szpitale przedstawia się i fotografie ich umieszcza w pismach jako urządzone przez Niemców wzorowe szpitale niemieckie.

Odebranie Polakom przeszło 1000 łóżek szpitalnych nie skłoniło Niemców do tego, by po usunięciu Żydów, szpital żydowski oddać na cele szpitalne dla Polaków. Nie uczynili tego i urządzili w budynku skład mebli. A należy podnieść, że liczba ludności Krakowa w czasie wojny podniosła się z 225.000 na około 300.000 mimo ubytku 90.000 Żydów.

Gdy Niemcy w roku 1940 i później pomnożyli swe zdobycze wojenne i zaczęło im się wydawać, iż ziem Polski już nigdy nie opuszczą, przystąpili do rozbudowy administracji zdrowia. Oczywiście krok ten nie miał na celu lepszego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych ludności polskiej, a służyć miał wyłącznie potrzebom nielicznych stosunkowo Niemców.

Stosunek Niemców do Polaków w dziedzinie zdrowia najlepiej scharakteryzować może zjazd lekarzy niemieckich Gubernatorstwa w Lublinie w jesieni 1940 r., na którym poważnie rozpatrywano zagadnienie prawno-politycznego charakteru ziem polskich, a mianowicie, czy należy ziemie polskie traktować jako kolonię. Wprawdzie nie postanowiono formalnie traktować Polski jako kolonii, ale w dziedzinie zdrowia Niemcy robili tylko to, by utrzymać do czasu zdolność ludności do pracy. Przydziały żywności były takie, żeby człowiek nie umarł z głodu. O ile chodzi o warunki mieszkaniowe, nie miano w stosunku do Polaków prawie że żadnych względów. Wychowanie fizyczne skreślono zupełnie spod opieki władz zdrowia, zabroniono ludności dostępu do ogrodów publicznych, ograniczono miejsce w tramwajach itd. To też jest zupełnie zrozumiałe, że w r. 1942 zakazali Niemcy wszelkiej działalności zapobiegawczej dla Polaków, wskutek czego zwinięto istniejące dwa ośrodki opieki dla Matki i Dziecka. Jeden z nich i kuchnię mleczną Polacy prowadzili dalej wbrew zakazowi.

Następca dra Reichla dr Buurman, był człowiekiem energicznym i pracowitym, ale przy swej działalności kierował się wyłącznie interesem Niemiec i własnym. Poświęcił on wiele czasu walce z chorobami płciowymi. Wiadomo, iż źródłem zarazy jest przede wszystkim prostytucja. W Niemczech walki z prostytucją jako taką nie ma, a tylko z chorobami w związku z nią wynikłymi. Rozporządzenie Gubernatora Generalnego z dnia 22 lutego 1940 r. sprawę walki z chorobami wenerycznymi w zasadzie upodobniło do praktyki w Niemczech, jednak policja niemiecka w całej rozciągłości stosowała nadal praktykę dawnej policji obyczajowej. Ten stan rzeczy zawierał w sobie zarodek ciągłych tarć, na które lekarz polski był narażony. Wprawdzie dr Buurman nie potrafił doprowadzić do tego, by mu walkę z chorobami płciowymi pozostawiono jako wyłączny zakres działania, jak przesądzało to rozporządzenie, jednak zdołał od policji uzyskać chociaż tyle, że doszło do jakiej takiej współpracy, bez której walka z chorobami płciowymi pozostałaby na papierze.

Na drodze przeprowadzenia dążeń Buurmana w walce z chorobami płciowymi leżało powołanie do życia drugiej poradni przeciwpłciowej pod kierownictwem prof. dra Waltera w szpitalu św. Łazarza. Tymże dążeniom miał także służyć dom publiczny przy ul. Tarłowskiej, urządzony kosztem 750.000 zł., który jednak wskutek zakazu policji nie został uruchomiony. Czy policja przy wydaniu swego zakazu kierowała się polskim ustawowym zakazem istnienia domów publicznych, jest wątpliwe.

Buurman rozwinął dość szeroką inicjatywę. Spowodował wykończenie budynku przy pl. św. Ducha 3, przeznaczonego jeszcze przed wojną na Ośrodek Zdrowia i zajął go na umieszczenie swych niemieckich biur, oraz przychodni i poradni niemieckich, a mianowicie przychodni dla matki i dziecka, przychodni dla gruźlików, przychodni dla płciowo chorych i przychodni dentystycznej dla dzieci. Przychodnia dla gruźlików oraz przychodnia dentystyczna zostały zaopatrzone w najnowsze aparaty Röntgena i inne, które w lipcu 1944 r. wywieziono do Niemiec. Jedynie nie udało się mimo usilnych starań uruchomienie pracowni bakteriologicznej z powodu braku głównych przyrządów, których nie można było nabyć. Przychodnię dla płciowo chorych przeniesiono później do domu przy ul. Karmelickiej nr 41.

Nie udała się Buurmanowi zamierzona budowa drugiej części gmachu administracyjnego, gdzie miał się pomieścić także polski Wydział Zdrowia, dalej zorganizowanie na szerokiej płaszczyźnie walki z gruźlicą przez urządzenie dwóch dalszych przychodni.

Niektóre plany Buurmana nie udawały się też i dlatego, że u miarodajnych decernentów miasta napotykał na niezrozumienie. Dało mu się to we znaki, gdy chodziło o środki finansowe na cele zdrowotne i organizację urzędu zdrowia. Decernent finansowy uważał urząd zdrowia jako zło konieczne. W dziedzinie organizacji wyłączono z działalności urzędu M. Zakłady Sanitarne, zarząd cmentarzy miejskich, wykaz porodów i zgonów, a przejściowo sprawy administracyjne urzędu zdrowia podporządkowano decernentowi Opieki Społecznej. Próbowano nawet wyłączyć z zakresu urzędu zdrowia agendy sanitarno-obyczajowe i przyłączyć je do zakresu działania decernenta policji.

Na czas urzędowania Buurmana przypada wysiedlenie z miasta Żydów. Przy badaniu Żydów odnośnie do ich zdolności do podróży kierując się przede wszystkim własną korzyścią, zebrał z tego źródła duży majątek. Uwzględniał niekiedy życzenia żydowskiej Komisji sanitarnej. Równocześnie zabronił Polskiemu Wydz. Zdrowia prowadzenia wykazu zgonów, urodzin i zwalczania chorób zakaźnych u Żydów.

Na jego okres urzędowania przypada zorganizowanie służby Rat. San. OPL w mieście, oraz urządzenie jednorazowej zbiórki ziół leczniczych w r. 1940

Natomiast zerwał Buurman z zasadą dra Reichla ograniczenia się tylko do kontroli polskiego Wydziału Zdrowia. Postanowił znieść polski Wydział Zdrowia i zorganizować całkowicie niemiecki Urząd zdrowia. Trudno go było wstrzymać od tego zamiaru, chociaż nie miał widoków na sprowadzenie potrzebnych na to urzędników niemieckich.

Sprawa nowej organizacji urzędu wywiązała się wskutek przyłączenia do Krakowa 30 okolicznych wsi. Buurman postanowił na wzór miasta Berlina zorganizować centralę jako główny urząd zdrowia, a agendy lekarzy obwodowych zebrać w dzielnicowe urzędy zdrowia.

W toku zmian organizacyjnych został polski Wydział Zdrowia wprawdzie utrzymany, ale już tylko w charakterze polskiego oddziału, przy niemieckim urzędzie zdrowia. Urzędowi niemieckiemu podporządkowano Pracownię Chemiczną i Pracownię Bakteriologiczną, sprawy walki z chorobami płciowymi, sprawy tzw. policji i opieki zdrowia dot. Niemców, OPL, opiekę zdrowotną nad Niemcami oraz sprawy organizacyjne, personalne i finansowe. Oddziałowi polskiemu podlegały instytucja lekarzy miejskich obwodowych, oczyszczalnie, łaźnie, przychodnia elektroterapeutyczna, przychodnia przeciwjaglicza, Klinika dentystyczna szkolna dla Polaków, oraz zwinięte później obie przychodnie dla matki i dziecka, przy czym sprawy organizacyjne, personalne i finansowe rozstrzygane były w niemieckiej centrali.

Następca Buurmana dr Ohrloff nie miał energii pierwszego, względem Polaków chciał być neutralnym, o czym świadczy wielkie zainteresowanie się sprawą powołania do życia polskiej polikliniki w szpitalu pożydowskim, opóźnienie o kilka miesięcy wykonania zarządzenia rządu Gubernatorstwa w sprawie zwinięcia polskich urządzeń zapobiegawczych i zrozumienie potrzeb polskich, w czym się o całe niebo różnił od swych kolegów — Niemców.

Ohrloff popierał wybitnie przejęcie przez miasto kąpieli w Swoszowicach, zaprowadził w celu zwalczania duru osutkowego system tzw. lekarzy blokowych. Na koniec jego urzędowania przypada pierwsza ucieczka Niemców, przy czym widoczna była chęć Ohrloffa pozostawienia na miejscu różnych aparatów, sprzętów i narzędzi lekarskich. W czasie jego urzędowania otwarto niemiecką klinikę dentystyczną. Zainicjowane przez niego przejęcie przychodni przeciwgruźliczych na miasto nie udało się, głównie z tego powodu, że decernent finansowy tradycyjnie nie bardzo popierał tego rodzaju inicjatywę.

Ostatni decernent spraw zdrowia dr Jüngst był człowiekiem energicznym, brutalnym, wrogo nastawionym, grożącym „Libanem", podejrzewający u wszystkich sabotaż, bezprawnie wysyłający młodszych lekarzy i personel sanitarny do robót okopowych. Przeprowadził ponowne przyłączenie M. Zakładów Sanitarnych do swego decernatu. Zajął się w styczniu 1945 r. poraz drugi bardzo gorliwie wywozem urządzenia lekarskiego urzędu zdrowia do Niemiec tak z Urzędu zdrowia jak i szpitali miejskich.

Wiele jest ujemnych skutków, jakie wywarła niemiecka administracja na sprawy zdrowia. Lekarze niemieccy nie znali obowiązującego prawa polskiego i w zasadzie nie chcieli go wcale stosować. Pociągnęło to za sobą zupełny bezład, który polskiemu Wydziałowi Zdrowia jego działalność i tak już okrojoną zarządzeniami organizacyjnymi niezmiernie utrudnił. Tak lekarze urzędowi jak i urzędnicy niemieccy nie znali się na pracy administracyjnej, a improwizacja ich na tym polu doprowadziła do opłakanych skutków. Niewątpliwie „polotowi" pracy Niemców przeciwstawiała się bierność Polaków ze względów patriotycznych i dlatego, że coraz wyraźniej widzieli dążenia niemieckie do usuwania ich z pracy.

Jeśli chodzi o konkretne przykłady niedociągnięć niemieckich, to wymienić należy następujące.

Walkę z chorobami zakaźnymi na odcinku niemieckim prowadzili Niemcy sami. Prowadzili ją chaotycznie i zaciemnili przez to obraz całokształtu sprawy. Towarzystwo przeciwgruźlicze wprawdzie Niemcy rozwiązali, ale nie postarali się o należyty byt istniejących przy Towarzystwie i nie mogących ulec zwinięciu przychodni przeciwgruźliczych. Opiekę nad zdrowiem stosunkowo nielicznej ludności niemieckiej organizowali na koszt i ze szkodą dziewięciokrotnie liczniejszej polskiej ludności Krakowa. Wspomniano już o szkodliwej polityce szpitalnictwa. Dodać należy jeszcze, że to szkodliwe postępowanie doprowadziło do chronicznego braku łóżek szpitalnych dla zakaźnie chorych, pozbawiając wykonawców służby zdrowia najistotniejszej broni w walce z chorobami zakaźnymi, jaką jest odosobnienie. Nie zdołali Niemcy usprawnić ani ratownictwa, ani przewozu chorych, ani należytego odwszawiania, które napotkało na nieprzezwyciężalne przeszkody z powodu braku środków przewozowych.

Wydział Zdrowia Dystryktu nie rozwinął również prawie żadnej inicjatywy, a nadzór nad pracą instancji pierwszej również nie zdradzał większej znajomości rzeczy.

Nie można więc w ogóle mówić o dodatnim wpływie Niemców na rozwój publicznej służby zdrowia. Walka z chorobami płciowymi była już krótko przed wojną przez polskie czynniki rządowe rozpatrywana i napewno byłaby znalazła odpowiednie rozwiązanie. Zauważone, lecz niezrealizowane, oraz zrealizowane wprawdzie ale chybione projekty jak np. otwarcie domu publicznego i polikliniki, nie mogły dać wyników. Wprowadzenie szczepień ochronnych nie było żadną nowością. Wreszcie wszystkie omówione ujemne strony gospodarki niemieckiej, wypływające z nastawienia Niemców, by za pomocą posuniętego do ostatnich granic wyzyskiwania żywiołu polskiego przysłużyć się tylko wyłącznie sprawie niemieckiej wpłynęły wybitnie ujemnie na rozwój spraw zdrowia publicznego. Wymaga wiele wysiłku, aby nawiązać do stanu z roku 1939.

Nie małą rolę w tym przykrym stanie rzeczy odegrali lekarze urzędowi niemieccy, którzy rolę swą w Polsce rozumieli jako rolę urzędnika niemieckiego, a nie lekarza, będącego stróżem zdrowia ludności.

Protokół

z posiedzenia naukowego z dnia 30 maja 1945 r.

Dr Jakóbiec Mieczysław (z Kliniki wewnętrznej U. J. prof. dra T. Tempki) przedstawił przypadek *granuloma fungoides*. W krótkim rzucie zobrazował prelegent przebieg choroby ze szczególnym uwzględnieniem zmian w narządzie krążenia *(pericarditis exs.)*. Główny nacisk położył na badanie bioptyczne guza skórnego, przedstawił w obrazie mikroskopowym (przy pomocy epidiaskopu) wygląd komórek, zwrócił uwagę na wspólne ich pochodzenie i na wyraźne cechy świadczące o ich przynależności do komórek nowotworowych pochodzenia mezenchymalnego. Następnie również z pomocą badania bioptycznego udowodnił obecność takich samych komórek w rozmazie z osadu płynu osierdziowego. W dalszym ciągu podniósł brak obecności zmian we krwi obwodowej.

W konkluzji głównie na podstawie badań bioptycznych prelegent wysunął twierdzenie, że sprawa chorobowa nosząca nazwę *granuloma fungoides* ma wszelkie cechy stanowiące o jej przynależności do grupy nowotworowej o typie mięsaka.

W zakończeniu podniósł ważność będących jeszcze w okresie rozwoju badań bioptycznych i pionierską pracę Kliniki Wewnętrznej w tej dziedzinie.

W dalszym ciągu omawianego przypadku doc. dr Janina Kowalczykowa (Zakład Anatomii Patologicznej U. J.) przedstawiła wynik badania histologicznego.

W wycinku przesłanym do badania histologicznego z rozpoznaniem klinicznym *lymphosarcoma* stwierdziłam następujące zmiany: wycinek pochodzi ze skóry a częściowo z tkanki podskórnej. W nabłonku powierzchniowym wielowarstwowym płaskim poza wyraźniejszą pigmentacją komórek podstawnych nie stwierdziłam innych zmian. Skóra właściwa jest kilkakrotnie zgrubiała, w warstwie podnabłonkowej znajduje się naciek umiejscowiony dokoła naczyń, gruczołów łojowych, potnych i włosów. Naciek ten smugowato przechodzi ku podstawie skóry właściwej, do wiotkiej tkanki podskórnej, gdzie tworzy duże ogniska, częściowo zlewające się ze sobą. Nacieki tak rozmieszczone są nieco inne w warstwie podnabłonkowej a inne w warstwach głębszych. W obrębie małych i smugowatych ognisk przeważają komórki okrągławe o typie limfocyta, oraz znajduje się niewielka ilość komórek większych kilkakrotnie o jądrze z delikatnym zrębem chromatyny. Stosunkowo dobrze są tutaj zabarwiono wszystkie komórki. W naciekach głębszych są liczniejsze komórki duże, zresztą identyczne z opisywanymi przez kol. Jakóbca w rozmazach. W głębi również zaznaczają się wybitne zmiany wsteczne komórek pojedynczych w postaci ziarnistego rozpadu jąder i obrazy masywnej martwicy całych części nacieków. Brzeżne części ognisk przedstawiają luźniejsze utkanie, jest tu większa różnokształtność komórkowa poza opisanymi są widoczne komórki o typie rozpęczniałych w płynie śródbłonków. Tu również najlepiej widać nowo wytwarzające się paczki naczyń włosowatych. Na podstawie badania mikroskopowego wykluczyłam nowotwór o typie *lymphosarcoma* i wyraziłam pogląd, że sprawa należy do spraw mieszczących się w grupie ziarniniaka grzybiastego.

Ziarniniak grzybiasty ma wiele cech wspólnych z ziarnicą złośliwą, przede wszystkim typ odczynu tkankowego, budowę histologiczną nacieków. Nawet przy pobieżnym porównaniu widać podobieństwo komórek grzybicowych do komórek Sternberga w ziarnicy złośliwej. W przypadkach niewątpliwej ziarnicy złośliwej z zajęciem skóry, lub ziarniniaka grzybiastego z umiejscowieniem w układzie limfoidalnym to podobieństwo staje się tak wielkie, że niepodobna czasami oddzielić tych spraw od siebie. Stąd też w piśmiennictwie niektórzy autorzy identyfikują te dwie jednostki chorobowe. Pytanie jednak, czy ziarnica złośliwa i ziarniniak grzybiasty są tym samym schorzeniem jest błędnie postawione. Nie ulega bowiem wątpliwości, że obydwa schorzenia są odrębnymi, dobrze określonymi jednostkami nozologicznymi. Tak też nikt nie będzie dentyfikował gruźlicy skóry z gruźlicą narządów wewnętrznych. Czy przyczyna obydwóch schorzeń jest identyczna nie można rozstrzygnąć wobec niejasnej etiologii obydwóch schorzeń. Być może zresztą, że tylko typ odczynu tkankowego jest identyczny w obydwóch schorzeniach, ponieważ ustrój dysponuje tylko ograniczonym zasobem odczynów tkankowych.

Najistotniejszym szczegółem całego zagadnienia jest niewątpliwie stosunek ziarniaka grzybiastego do spraw nowotworowych. Czy ziarniniak grzybiasty powinien być zaliczony do spraw nowotworowych czy nie? Największa ilość argumentów przemawia za tym nowotworowym charakterem sprawy: po okresie długotrwałych zapaleń skóry może rozwinąć się sprawa nowotworowa. Naciekowy rozrost zmian w skórze, wrastanie do światła naczynia, zatory z komórek grzybicowych i powstawanie przerzutów w narządach wewnętrznych, wreszcie sam charakter cytologiczny komórek grzybicowych — wreszcie *prognosis fatalissima*, to wszystko przemawia za nowotworem. Sprawa jednak nie jest tak prosta. Weźmy gruźlicę aby trzymać się prostych przykładów: wszakże i ziarnica gruźlicza niszczy naciekowo tkanki, wzrasta do światła naczyń dając przerzuty w odległych narządach. Charakter cytologiczny pojedynczych komórek grzybicowych odpowiada komórkom Sternberga. Różnica polega na tym, że przerzuty gruźlicze powstają z komórek miejscowych tubylczych w miejscu przerzutu a czynnik chorobotwórczy, prątek gruźliczy można stosunkowo łatwo oddzielić od materiału zatorowego, mas serowatych. W nowotworze natomiast rozwijają się w obrębie przerzutu komórki stanowiące materiał zatorowy, nie tubylcze. Jak jest w ziarniniaku grzybiastym? Czy przerzuty tworzą komórki przeniesione z prądem krwi? czy też naniesiony materiał jest czynnikiem pobudzającym bujanie miejscowych komórek? Czy zatem komórki ziarniniaka grzybiastego mają cechy komórek nowotworowych? Czy istnieje chromosomalnie uwarunkowane przekształcenie komórki ziarniniaka grzybiastego w komórkę nowotworową i taka zmieniona komórka ma zdolność przekazywania tej cechy komórkom potomnym?

Na te pytania nie mamy prawa dać obecnie wyczerpującej odpowiedzi.

Mój pogląd na tę sprawę, którego zresztą na razie nie mogę poprzeć dostatecznie uzasadnionymi argumentami, jest taki, że ziarniniak nie jest jednak nowotworem *sensu stricto*. Jest to coś odpowiedniego do zwierzęcych nowotworów przesączalnych jak np. mięsak Rousa. W tych nowotworach można czynnik rakotwórczy oddzielić przez odpowiednie postępowanie od komórek nowotworowych, mianowicie przez tzw. *elutio*, strącanie specjalne przy pomocy wodorotlenku glinu. Przy pomocy tego czynnika można wywołać powstanie pokoleń komórek nowotworowych z komórek tkankowych ustroju. Czy nie można by czegoś podobnego zrobić w ziarniniaku grzybiastym. Nie są mi znane z piśmiennictwa podobne próby. Być może ziarniniak grzybiasty jest zbyt rządkim schorzeniem.

W każdym razie ten pogląd należałoby traktować jedynie jako tzw. hipotezę pracy.

Doc. dr Zbigniew Oszast (klinika dermatologiczna U. J.) podnosi, iż przypadek opisany dopiero co przez kol. Jakóbca i doc. Kowalczykową należy do grupy schorzeń niejasnych i prowadzących nas złudnie w różnych kierunkach swymi obrazami klinicznymi, nieraz podobnie jak to robi kiła. Oglądając tego chorego przed kilku tygodniami, stwierdziłem kilka guzów rozrzuconych na tułowiu, guzów skórno-podskórnych, zbitych, twardych, sino-czerwonych i jeden duży guz, wielkości pomarańczy o cechach tamtych guzów, umiejscowiony nad obojczykiem po stronie lewej. Reszta skóry była niezmieniona. To dawało obraz, jaki odpowiada *sarcoma cutis*. Chory podawał jednak, że był już leczony. Mianowicie był leczony z powodu świądu, dla którego lekarz leczący go nie mógł znaleźć lekarstwa i powodu przy niezmienionej wtedy jeszcze chorobowo skórze. Nie znalazłby zresztą przy obecnym stanie naszych wiadomości.

I tak się ta sprawa nieraz rozpoczyna. Nietypowo, jak w naszym przypadku. Przypadek ten bowiem odbiega jeszcze innymi swoimi cechami od przebiegu klasycznego. Tutaj pojawiły się odrazu guzy. Jest to więc ta forma opisana przez Vidala-Broqa: *granuloma fungoides d'emblée* gdyż pojawienie się guzów nie zostało poprzedzone wielopostaciowością wykwitów, składających się z rumieni, pokrzywek, grudek i pęcherzyków — jaki to obraz ciągnąć się może całymi długimi latami, jako *stadium praemycoticum*, zanim poprzez *stadium infiltrationis* powstanie *stadium tumorum* i *stadium cachecticum*.

W przypadku powyższym powstały odrazu guzy, charakter kliniczny i anatomo-patologiczny których tłumaczy nazwę tego schorzenia. Jak widać skóra tułowia, szyja i brzuch u tego chorego są już usiane rozrzuconymi guzami skórno-podskórnymi ze zaczerwienieniem skóry na szczycie. Jest to typ galopujący. 3 tygodnie temu, jak oglądałem tego chorego — poza kilkoma guzami o charakterze makroskopowym

nie specjalnie zapalnym — reszta skóry była niezmieniona. Teraz obraz zupełnie się zmienił. Ta właśnie postać *granuloma fungoides d'emblée* szybciej i częściej prowadzi do schorzeń narządów wewnętrznych. Sprawa przybrała charakter septyczny z gorączką.

A zatem jest to schorzenie ogólne. Cóż my o nim wiemy? Niewiele. Etiologia nie została do dziś dnia rozgryziona. Wentyluje się kilka możliwości. Mówi się o białaczkowych schorzeniach skóry i to o grupie białaczek atypowych. Mówi się o chronicznej zakaźnej sprawie granulacyjnej i wreszcie mówi się o sprawie nowotworowej, tym bardziej, że ogniska w przypadkach *granuloma fungoides* często przechodzą w guzy lymphosarcomatyczne. W każdym razie badania bakteriologiczne, doświadczenia na zwierzętach i immunobiologiczne wypadły ujemnie, choć ostatnio nie jest znowu wykluczone, że z uwagi właśnie na te objawy ogólne — jest to chyba schorzenie charakteru zapalnego, wywołane przez jakiś specjalny zarazek.

I w tym przypadku obraz histologiczny, jaki opisała doc. Kowalczykowa, przebieg i obraz kliniczny każą nieodparcie myśleć o sprawie zakaźnej zapalnej. Tutaj w skórze ląduje jakiś dermotropowy *virus*, przy czym trudno jednak rozstrzygnąć ile przypisać czynnikom zapalnym samym przez się, a ile toksycznym (jeśli chodzi o świąd).

W każdym razie jest to sprawa przewlekła, z reguły wiodąca do zejścia śmiertelnego. Rozpoznanie wcześniejsze i wczesne rozpoczęcie leczenia nie zmienia rokowania, które jest zawsze niepomyślne.

Leczenie nasze jest skromne. Spośród wielu środków najlepsze usługi, choć doraźne oddaje naświetlanie promieniami Rentgena. Guzy znikają szybko, stan ogólny chorego poprawia się, ale jest to niestety wynik przejściowy i nietrwały — nie powstrzymuje bowiem ten korzystny wynik przejściowy rozwoju dalszego choroby i guzy zniknąwszy w jednym naświetlonym miejscu pojawiają się w innym.

W końcu doc. Oszast podaje 2 obserwowane przez siebie w czasie wojny przypadki *granuloma fungoides*, z których jeden skończył się niepomyślnie, a o drugim brak wiadomości.

Prof. dr Franciszek Walter opierając się na wywodach poprzednich mówców, podkreśla charakterystyczne, a ważne dla rozpoznania dane zarówno obrazu klinicznego ziarniniaka grzybiastego, jak również jego przebiegu. Są to długotrwały przebieg, a powolny rozwój zmian chorobowych, długotrwałe remisje, przewaga w występowaniu w początkowych okresach zmian skórnych a dołączanie się późniejszych zmian w narządach wewnętrznych, szybkie ustępowanie zmian po leczeniu, mimo, że poprzednio utrzymywać się mogły długo, i pojawianie się guzów skórnych z czasem rozpadających się. Zmianom tym towarzyszą objawy uporczywego swędzenia, zwłaszcza w okresach poprzedzających, pierwszym i drugim, pojawienie się następowe zmian guzowatych, podwyższona ciepłota i bezsenność. Przebieg ten, a także pojawienie się spraw ropnych kieruje myśl w stronę możliwości istnienia tła zakaźnego, jako czynnika etiologicznego. Jednakże pochodzenie ziarniniaka grzybiastego po dziś dzień nie jest rozstrzygnięte. Kliniczne podobieństwo do spraw białaczkowych, nie poparte jest ani obrazem krwi, w ziarniniaku grzybiastym nie spotykamy się z żadnymi typowymi obrazami krwi, a wybitna czułość objawów skórnych na leczenie promieniami Rentgena, skłonność do rozpadu zmian guzowatych, samorzutne ustępowanie tych zmian, długi przebieg cierpienia, wynoszący 10 i 15 lat, a więc dłuższy niż sprawy białaczkowe (3—5—7 lat), nie przemawia za przynależnością wzajemną obu tych schorzeń. Wprawdzie opisywano postaci ziarniniaka grzybiastego, w przebiegu którego stwierdzono 100—120000 ciałek białych w 1 mm krwi, jednak w tych sporadycznych przypadkach mogły zachodzić pomyłki rozpoznawcze. Podobne różnice dają się stwierdzić w porównaniach z mięsakiem skóry, chociaż niektórzy autorowie podkreślają wspólność procesu z *lymphosarcomatosis cutis*, a to ze względu, że zmiany ziarniniaka grzybiastego histogennie raczej przemawiają za procesem przerostowym, a nie zapalnym. Jednakże guzy ziarniniaka grzybiastego, zarówno swym obrazem histologicznym i histogenezą, sposobem rozszerzania się, samoistnym wyleczeniem i wrażliwością na promienie Rentgena nie wskazują na cechy złośliwości i szybkiego postępu sprawy chorobowej charakteryzującej mięsaka. *Lymphogranuloma malignum* Paltauf-Sternberg z wybiórczym osadowieniem w skórze może przypominać w obrazie histologicznym pewne cechy podobne do *granuloma fungoides*. Jednak nieobecność procesów stwardnienia *(sclerosis)* w utkaniu chorobowym i powyżej wymienione cechy charakterystyczne przebiegu, ustępowania zmian i wrażliwości na leczenie nie przemawiają za istotnym tłem obu tych cierpień.

Stara teoria o zakaźnym pochodzeniu ziarniniaka grzybiastego oparta na sporadycznych dodatnich wynikach przeszczepiania materiału pochodzącego z guzów, na zwierzęta — nie zdo.ała się utrzymać. Wspomniane dziś przez doc. Kowalczykową możliwości nowych badań i sugerowanie kontrolnych szczepień materiałem wyodrębnionym z tkanki chorobowej w kierunku stwierdzenia jadu przesączalnego zasługują na baczną uwagę i na potrzebę ich wykonania; badania takie może mogły by potwierdzić przypuszczenia dawniejszych badaczy, opierających się na dodatnich wynikach szczepień na zwierzętach.

Polska szkoła dermatologiczna Krzyształowicza, której zapatrywania znalazły dziś oddźwięk w omawianych możliwościach etiologicznych kliniki prof. Tempki, uważała zgodnie z Paltaufem ziarniniak grzybiasty za nowotwór *sui generis*, odznaczający się wybitną dermotropią. Powstawania zmian w narządach wewnętrznych w późniejszych okresach trwania zmian skórnych i tworzenie się guzów o podobieństwie do guzów złośliwych wskazywałyby na krwiopochodne przerzuty.

Rozpoznanie kliniczne w przypadkach typu d'Aliberta-Bazin lub Hallopeau-Besnier w początkowych wczesnych i długotrwałych okresach — nastręczają bardzo znaczne trudności — typ *d'emblée* Vidala-Broqua może również nasuwać trudności rozpoznawcze, jak tego dowodzi dzisiejszy przypadek. Najcharakterystyczniejszym i nie budzącym większych wątpliwości jest obraz zespołowych zmian wczesnych naciekowych i późniejszych guzowatych. Obraz histologiczny guzów wykazuje polimorfizm w utkaniu. Charakter ziarniniakowy utkania tkankowego, umiejscowienie nacieku takie jak w demonstrowanych preparatach, tj. w głębszych i środkowych pokładach skóry właściwej, składającego się z ognisk łączących się w lite nacieki, złożone głównie z komórek okrągłych, podobnych do limfocytów, obecność różnorodnych komórek, a przede wszystkim omówionych dziś komórek ziarniniaka (chociaż nie charakterystycznych wyłącznie dla tej sprawy chorobowej), rozmieszczonych w okach siateczki łącznotkankowej i poza nimi — nasuwa przypuszczenie, że ziarniniak grzybiasty może być wyrazem zaburzeń w układzie s. ś. Zanik substancji klejorodnej prawdopodobnie niszczonej przez te wspomniane komórki, przypominając komórki nabłonkowate, wskazuje na powrót do stanu embrionalnego *(syncythium)* utkania skóry właściwej, a przemawia za tym zaburzeniem obecność siateczki z obecnością stałych i wolnych różnopostaciowych histocytów.

Rozprawa nad dzisiejszym przypadkiem, wykazująca tak znaczne trudności w rozpoznawaniu i określaniu ziarniniaka grzybiastego wskazuje na konieczność ścisłej współpracy dermatologów nowoczesnych z internistami i na konieczność zapoznania się dermatologów z zasadami i metodami badań nauki o chorobach wewnętrznych. I w tej ścisłej współpracy leży przyszłość dermatologii.

Doc. dr L. Tochowicz z Kliniki wewnętrznej prof. Tempki przedstawia przypadek rzadkiego przebiegu białaczki szpikowej.

Chory lat 41, rolnik, zgłasza się do Kliniki dnia 7. V 1945 z tym, że odczuwa kłucie w lewym boku, zadyszkę przy chodzeniu, ogólne osłabienie a ponadto zauważył powiększanie się brzucha i występowanie obrzęku. Obecna choroba datuje się od 1943 roku. We wrześniu 1943 roku chory został uderzony w lewy bok spadającym koszem (napełnionym owocami o wadze 10—12 kg z wysokości około 8 metrów). Bezpośrednio po wypadku chory nie odczuwał większych dolegliwości, nie przerywał swoich zajęć jako rolnik przez dalszych 6 dni. Nagle w 7 dniu po wypadku poczuł gwałtowny ból brzucha, a wezwany lekarz polecił natychmiast leczenie szpitalne. W 8 dniu po wypadku była przeprowadzona operacja, przy której stwierdzono dużą pękniętą śledzionę i wielką ilość wylanej krwi do jamy brzusznej. Śledzionę usunięto. Po zabiegu dokonano przetoczeń krwi około 500 cm i w trzy tygodnie później opuścił szpital w stanie względnie dobrym, jakkolwiek już do stanu przedoperacyjnego dotychczas nie powrócił. Przy wypisywaniu ze szpitala choremu powiedziano, że ma zgłaszać się do kontrolnego badania krwi ponieważ znaleziono u niego nadmierną ilość ciałek białych. 30 XI 1943 ciałek białych 65000 a 23 III 1944 — 249000. W 12 roku życia chory przebył zakażenie ropne, wychodzące z obtarcia lewej nogi butem. Wówczas zropiały gruczoły w dołku kolanowym, pachwinowym, z których, jak chory podaje, lała się przez 6—8 tygodni ropa. Poza tym

na nic nie chorował. *Lu negat.* Pali nie dużo, pije okolicznościowo. Warunki względnie dobre. Dziedziczność bez znaczenia. Ojciec 80 lat, matka 70 lat, umarli. 4 siostry i 3 braci żyją zdrowi.

Badanie przedmiotowe

Odchylenia od normy: wyniszczenie ogólne, odżywienie podupadłe, mięśnie i tkanka tłuszczowa zanikające. Chory blady. Gruczoły szyjne, łokciowe drobne pojedyncze, pachowe i pachwinowe dość duże, pakietowate, ruchome nie zrośnięte z otoczeniem.

Klatka piersiowa: w dole wybitnie rozszerzona, granice płuc dość znacznie podwyższone, ruchomość ograniczona. Serce bez większych odsunięć od normy. Jama brzuszna — blizna pooperacyjna, poza tym wątroba olbrzymia, powiększona, sięga poniżej pępka, tak płatem lewym jak i prawym. Powierzchnia twarda, drobnoziarnista. Płynu w jamie brzusznej nie stwierdza się. Na lewym pośladku na szerokość dłoni poniżej lewego grzebienia miednicy stwierdza się guz podłużny, wielkości 2 pięści. Guz ten nie wykazuje żadnych cech zapalnych bez zaczerwienienia, bez obrzęku około niego, jakkolwiek jest chełbocący i przy ucisku dość silnie bolesny. Chory podaje, że guz ten wystąpił w grudniu 1944 roku, tylko był znacznie twardszy. Od razu tu dodajemy, że 15 b. m. stwierdziliśmy podobny guz jednakże nie wykazujący chełbotania po stronie prawej. Również i ten guz jest bolesny.

Badania dodatkowe

1) Mocz kwaśny, ciężar gat. 1020, białko — ślad, urobilinogen niewzmożony, chlorki, cukier, diazo bez zmian, mikroskopowo co kilka pól widzenia wałeczek drobno-ziarnisty, 6—8 leukocytów i liczne kryształki kwasu moczowego.

2) Badanie krwi: Hb 32%;, c. czerw. 2,300.000, wskaźnik 0,7, ilość płytek 1,200.000, czas krwawienia 10 minut, czas krzepnięcia początek 9 min., koniec 15 min., obraz białych ciałek krwi metamyelocytów 22%;, promyelocytów 3%;, myelocytów 20%;, młode 11%;, pałeczk. 21%;, wielo 16%;, limfo 1%;, eo 1%;, mono 5%;. Opadanie po 1 godz. 10, po 2 godz. 19.

12 V 1945 wydobyto około 200 cm płynnej czekoladowej treści z guza na lewym pośladku. Pod mikroskopem stwierdzono tylko masy rozpadłych i resztki różnopostaciowych ciałek białych, pojedyncze krwinki czerwone.

Bakteriologicznie ani metodą Grama ani Zhila żadnych bakterii nie wykazano.

Hodowla po 24 i 48 godz. jałowa.

9 V 1945. RN we krwi 24. Takata ujemny.

12 V 1945 punkcja mostka: obraz pod mikroskopem bardzo niewiele różniący się od obrazu odnalezionego na obwodzie.

23 V 1945 spunktowano naciek powstały w przebiegu obserwacji klinicznej na pośladku po stronie prawej. W punktacie tym obok komórek cechujących obraz przewlekłej białaczki szpikowej, a więc takich jak meta, myelo, promyelo i pojedynczych myeloblastów znajdujemy komórki, które różnią się od tych ostatnich tym, że jądro ich jest przejrzałe w stosunku do młodych cech zarodzi, a mianowicie:

jądro tych komórek jest zbite, dobrze barwiące się na ciemnoniebiesko, rzadko tylko można w nim doszukać się jąderka, natomiast protoplasma nie wykazuje względnie wykazuje bardzo minimalną ziarnistość, a stwierdzamy w niej raczej utkanie siateczki wypełnionej protoplazmą barwiącą się słabo niebiesko.

Przypadek ten de nonstrujemy po 1) z tego powodu, że stosunkowo rzadko stwierdzamy w przebiegu przewlekłej białaczki szpikowej nacieki w skórze. W przewlekłej białaczce jako w schorzeniu układowym przyjść może do przemiany (metaplazji) a raczej do powrotu do stanu jej czynnościowego, który istniał w życiu płodowym. Wyrazem tego jest zachowanie się obrazu mikroskopowego punktatu z powstałego nacieku, a więc w tkance podskórnej w naszym przypadku. Następnie widzimy, że w obrębie tego nacieku przychodzi do zanikania, obumarcia, do rozpadu elementów komórkowych tu powstałych. Znowu wydaje się, że mamy w danym przypadku okazję do obserwacji czynności układu siateczkowo-śródbłonkowego, jaka mu jest wyznaczona w życiu osobniczym, tylko zamiast heterolizy, autolizę i stąd powstanie płynnej treści w miejscu nacieku. Samo miejsce powstawania tego nacieku tłumaczyć należy tylko warunkami mechanicznymi, a mianowicie ciągły ucisk być może doprowadza do hyper i metaplasmy tego układu mezenchymalnego. W naszym przypadku należałoby jeszcze podkreślić to, że wielki ubytek tego skupienia mezenchymalnego wraz ze śledzioną musi najprawdopodobniej wytworzyć pogotowie ustrojowe do wyrównania, skompenzowania tego ubytku wszędzie tam, gdzie jest ten układ mezenchymalny rozrzucony w ustroju. A więc dopatrujemy się tu tego w ogromnie przerosłej wątrobie i w tych naciekach, o których mówimy. Jaka jest łączność obserwowanego przypadku z urazem którego doznał? Wydaje nam się, że tu nie możemy dopatrywać się związku przyczynowego między urazem a powstaniem schorzenia. Białaczka istniała tu najprawdopodobniej przed urazem.

Mając na uwadze przebieg tego przypadku po wycięciu śledziony sprzed półtora roku musimy potwierdzić, że zabieg chirurgiczny przez wycięcie śledziony w przebiegu białaczek przewlekłych mija się z celem i nie tylko nie wpływa leczniczo na sprawę chorobową, ale raczej pogarsza ogólny stan chorego. Pozostaje jeszcze na razie bez odpowiedzi dalszy przebieg choroby, przy należytym leczeniu promieniami Rentgena głównie zwracać będziemy uwagę na ogniska powstałe w tkance podskórnej, które są dla Kliniki bardzo dostępne przez łatwość sporządzania preparatów mikroskopowych.

Dr A. Sokołowski z Kliniki wewnętrznej prof. Tempki, przedstawia przypadek *poliarthritis chron. luetica.*

Chora, lat 49, zamężna, zgłasza się do Kliniki z powodu bólów i niemożności wykonywania ruchów w stawach barkowych, kolanowych, w prawym stawie nadgarstkowym oraz w stawach śródręczowopaliczkowych ręki prawej. Choroba rozpoczęła się w styczniu br., kiedy to po spędzeniu kilku dni w zimnym schronie wystąpiły bóle w kolanach. Bóle te po kilku dniach objęły także stawy barkowe, a po dwóch tygodniach także i stawy ręki prawej. Bóle dolegały i dolegają jeszcze obecnie chorej, głównie w nocy. Równocześnie z bólami wystąpiła gorączka i obfite poty. Z chorób przebytych chora podaje rwę kulszową lewostronną przed 5 laty, oraz ostre zapalenie nerek przed 3 laty. Wener. negat. Pierwsza miesiączka w 13 roku życia, ostatnia przed pół rokiem. Przebyła 1 poród prawidłowy na czasie, dziecko zdrowe, rodziców straciła we wczesnym dzieciństwie, matka zginęła w wypadku, ojciec zmarł na gruźlicę. Warunki życia korzystne, tytoniu ani alkoholu nie używa.

Badanie przedmiotowe: Powłoki bez zmian, w szczególności nie stwierdzało się żadnych zmian świadczących o przebytej kile. Poza tym z odchyleń od normy stwierdzało się rozległe zmiany karietyczne w zębach, skrócenie wypuku i zaostrzenie szmerów oddechowych nad lewym szczytem, oraz rozległe zmiany w zakresie narządu ruchu. Kończyny górne były przywiedzione do tułowia i unieruchomione w stawach barkowych. Kończyna górna prawa usztywniona w stawie nadgarstkowym, który wykazuje wyraźny obrzęk i zatarcie konturów. Okolice stawów między kośćmi śródręcza i palcami ręki prawej silnie obrzękłe i zaczerwienione. Kończyny dolne wykazywały zmiany jedynie w zakresie kolan w postaci nieznacznego obrzęku. W zakresie wszystkich opisanych stawów oraz w zakresie kręgosłupa lędźwiowego żywa bolesność uciskowa oraz bolesność przy ruchach czynnych i biernych. W zakresie innych narządów zmian nie stwierdzono. Z badań dodatkowych odchylenia od normy wykazało: badanie krwi na odczyn Biernackiego: 100/116, badanie krwi na OWa: silnie dodatni, odczyn citoholowy dodatni, odczyn Meinicke'go dodatni. Badanie rentgenologiczne klatki piersiowej wykazało w obu szczytach i w okolicach podszczytowych zmiany krwiopochodne włóknisto-guzkowe o charakterze *tbc. fibrosa densa.*

Badanie rentgenologiczne stawów kolanowego lewego oraz barkowego lewego poza nieznacznego stopnia odwapnieniem przylegającym do stawu części kostnych zmian nie wykazało.

Badanie neurologiczne i badanie okulistyczne zmian chorobowych nie wykazało. Odczyn Mestera dał wynik dodatni.

Na podstawie wyników powyższych badań nasunęły się dwie możliwości. Albo chodziło o podostrą sprawę gośćcową u osobnika z *lues seropositiva,* albo też o zapalenie stawów na podłożu kiłowym. Rozstrzygające poniekąd znaczenie miałoby tu zbadanie punktatu stawowego na OWa. Jednakże uzyskanie punktatu z powodu braku wysięku w większych stawach okazało się niemożliwe. U chorej zastosowaliśmy początkowo leczenie przeciwgośćcowe w postaci uderzenia salicylowego w ilości 10 g *Natr. salic.* w ciągu doby *per os,* a następnie zastrzyków dożylnych codziennie w ilości 10—15 cm 10% roztworu *Natr. salic.* obok 4 g *Natr. salic.* dziennie *per os.* Ponadto, jak zwykle w takich wypadkach, przeprowadziliśmy równocześnie usunięcie zębów karietycznych. Pomimo tego leczenia chora w ciągu 4 tygodni wykazała jedynie nieznaczną poprawę. Dolegliwości i obrzęki, chociaż mniejsze, utrzymywały się nadal. Rozpoczęliśmy więc leczenie swoiste przeciwkiłowe, podając chorej domięśniowo bismut w dawkach po 0,1

dożylnie Novarsolen w dawkach po 0,15 do 0,3. Leczenie swoiste prowadziliśmy ostrożnie, ponieważ liczyliśmy się z możliwością odczynów swoistych. I rzeczywiście, po drugim zastrzyku Novarsolenu (0,3) nastąpiło zaostrzenie bólów i silniejszy obrzęk stawów, tudzież zwyżka ciepłoty do 38°. Po dwóch dniach objawy cofnęły się i nie pojawiały się już więcej po następnych zastrzykach. Stopniowo stan chorej poprawiał się, bóle ustąpiły prawie całkowicie, obrzęki cofnęły się. Dotychczas podaliśmy łącznie 8 zastrzyków bismutu i 1,5 g Novarsolenu.

W przypadku powyższym mamy oprócz zapalenia stawów na tle kiłowym także gruźliczą krwiopochodną sprawę w płucach, o przebiegu wybitnie dobrotliwym. Czy między obydwoma cierpieniami zachodzi jakiś stosunek i w czym się on wyraża, tego dzisiaj rozstrzygnąć nie można. Stwierdzić tylko należy, że nie mamy tu do czynienia z postacią zakażenia mięszanego kiłowo-gruźliczego w znaczeniu opisywanych przypadków współistnienia sprawy zapalnej stawowej na tle kiły obok takiejże sprawy na tle zakażenia rzeżączkowego. Nie możemy takiej postaci przyjąć z tego powodu, ponieważ nie mamy żadnych danych dla współistnienia sprawy swoistej gruźliczej w stawach. Moglibyśmy natomiast w naszym przypadku przyjąć postać mięszaną kiłowo-gośćcową, za czym przemawiałaby nieznaczna poprawa po leczeniu salicylowym, dodatni odczyn Mestera oraz wybitnie dobrotliwy przebieg gruźlicy płuc, co spostrzegane było niejednokrotnie w przypadkach typowego przewlekłego gośćca stawowego, np. w przypadkach choroby Bechterewa, z równoczesną gruźlicą płuc. Wspomnieć wreszcie należy o jednym jeszcze czynniku, który w naszym przypadku odgrywał prawdopodobnie rolę wyzwalającą, tj. okres przekwitania. Wiemy jak doniosłą rolę odgrywa on w patogenezie schorzeń gośćcowych. U chorej, którą przedstawiłem, dolegliwości stawowe wystąpiły w krótkim czasie po ustaniu periodów. Prawdopodobnie więc czynnik hormonalny nie był tu również pozbawiony wpływu.

Dr Fenczyn z Kliniki wewnętrznej prof. Tempki, przedstawia przypadek zespołu Felty'ego na tle gruźliczym i omawia obraz chorobowy oraz etiologię na podstawie danych z literatury (rzecz ukaże się osobno w druku)

Protokół

z posiedzenia naukowego z dnia 6 czerwca 1945 r.

Dr M. Kubiczek (z Kliniki wewnętrznej prof. Tempki) przedstawia przypadek tzw. guza typu *Pancoasta*. Chodzi tu o 65-letniego mężczyznę skarżącego się od 4-ch miesięcy na silne stałe bóle w prawym barku, promieniujące wzdłuż całej ręki, kaszel oraz ogólne osłabienie. Przed przybyciem do Kliniki leczono chorego początkowo na serce, jednakowoż bez żadnej poprawy. Badaniem fizykalnym oraz rentgenologicznie stwierdzono jedynie objawy przemawiające za istnieniem procesu gruźliczego włóknistego w prawym szczycie płucnym. Ponieważ jednak gruźlicza sprawa szczytowa nie tłumaczyła w dostatecznym stopniu objawów bólowych w zakresie barku i ręki, wysunięto podejrzenie, że chodzi tu o proces nowotworowy zlokalizowany w szczycie płucnym w sensie tzw. guza *Pancoasta*. Podejrzenie to znalazło potwierdzenie w wyniku badania pulmonogramu, czyli zbadaniu mikroskopowym punktatu uzyskanego drogą nakłócia szczytu płucnego za życia chorego. Pulmonogram wykazał obecność komórek nowotworowych. Nekroskopia potwierdziła później w zupełności rozpoznanie. Dokładny opis przypadku jak również odnośnie do symptomatologii guzów typu *Pancoasta* oraz w sprawie wartości klinicznej badania pulmonogramów ukaże się w najbliższym czasie osobna praca. Wyniki badania sekcyjnego oraz badania histopatologicznego, potwierdzające rozpoznanie kliniczne, przedstawiła doc. dr Kowalczykowa.

Dr M. Kubiczek (z Kliniki wewnętrznej prof. Tempki) przedstawił przypadek odosobnionego guza wychodzącego z lewej wnęki płucnej. Chory spostrzegany był w I. Klinice Chorób Wewnętrznych U. J. po raz pierwszy przed 7-miu laty i już wtedy stwierdzono u niego obecność dobrotliwego guza lewej wnęki płucnej. Po raz drugi spostrzegano chorego w r. 1945. Na podstawie długotrwałego dobrotliwego przebiegu sprawy chorobowej, obrazu rentgenologicznego, w wyniku szeregu badań dodatkowych, rozpoznano i tym razem proces o charakterze dobrotliwym. Przypuszczenie, że chodzi tu o rzadką izolowaną postać guzową płucną choroby Besnier-Brecka, znalazło potwierdzenie w wyniku badania mikroskopowego punktatu guza. Dokładny opis powyższego przypadku będzie ogłoszony w najbliższym czasie.

W dyskusji dr Szczeklik podaje opis swego przypadku i zapytuje o leczenie. Dr Kubiczek odpowiada, że stosuje leczenie ogólnie i wspomina o próbach leczenia złotem.

Prof. Tempka podnosi konieczność współpracy dermatologów z internistami; przypadki choroby Besnier-Boecka nie łatwo rozpoznawane są właśnie dowodem konieczności tej współpracy.

Dr Aleksandrowicz (z Kliniki wewnętrznej prof. Tempki) przedstawił przypadek *myeloma multiplex*.

U 56-letniej wieśniaczki rozwinął się w ciągu 6-cio miesięcznego trwania zespół chorobowy polegający na 1) dotkliwych bólach zwłaszcza w zakresie kości miednicy i kończyn dolnych, utrudniających a potem uniemożliwiających poruszanie się, 2) na samoistnych złamaniach kości, 3) na postępującym wyniszczeniu.

Z badań dodatkowych jedynie we krwi zaznaczają się odchylenia od normy. C. cz. 2,300.000, krwinki wykazują owalo, poikilo i drepanocytozę. Drepanocytoza polega na ukazywaniu się we krwi ciałek czerwonych kształtu wrzeciona lub sierpu. Zjawisko to rzadkie w rasie białej, występuje często u murzynów. Na podstawie przeprowadzonych pewnych biologicznych prób, uważamy tę drepanocytozę w naszym przypadku za jedynie dalej posuniętą poikilocytozę w zakresie owalocytów.

Ilość ciałek białych 12.000 w tym 71% stanowią komórki tzw. limfoidalne, których początkowo jedynie na podstawie badania krwi obwod. nie umiałem zróżniczkować, a które okazały się zmienionymi komórkami plazmatycznymi. 11% monocytów, 17%; neutrocytów, 1%; eozynofilów.

Odczyny Wassermana, Takaty, Weltmanna wypadły ujemnie. Wskaźnik refrak. 7,01, globulin 4,83, albumin 2,18. Oporność na NaCl 0,34—0,35. Rn, Indykan, chlorki, chorosterol, bilirubina w normie.

Badanie radiologiczne wykazuje w kościach czaszki liczne okrągłe wyjaśnienia, dochodzące rozmiarem do wielkości groszku zielonego, przy czym brak odczynu ze strony otaczającej tkanki kostnej. Podobne zmiany spotyka się w kościach całego szkieletu. Największych rozmiarów rozrzedzenia spotyka się w kościach miednicy. Na bocznym zdjęciu mostka widoczne złamanie trzonu w dwu miejscach.

Rozstrzygającym w rozpoznaniu było zażyciowe badanie szpiku uzyskanego przez nakłucie kości miednicy i mostka. Badanie to wykazało przekształcenie plasmokomórkowe. Komórki plazmatyczne przerastając nowotworowo, przytłaczają inne układy szpikowe, co doprowadza do niedokrwistości i granulocytopenii.

W świetle tych bioptycznych badań staje się nam jasna natura zmian w kościach. Widzimy, że komórki plazmatyczne ulegając nowotworowemu przerostowi tworzą w kościach ogniska rozplemu, co doprowadza do niszczenia substancji kostnej i następowych bólów i złamań samoistnych. Ten stan chorobowy to plazmocytoma (niesłusznie tzw. powszechnie myeloma), w okresie daleko posuniętego niewyrównywania, w wyniku czego ujawniają się we krwi obwodowej komórki plazmatyczne, dając postać jawną czyli leukemiczną omawianego schorzenia. Stan ten pokutuje w podręcznikach pod niesłuszną nazwą białaczki plazmatycznej. Właściwszą nazwą, która by określała istotę naszego schorzenia a zarazem jego nozologiczne stanowisko to *reticulosis plazmacellulare maniphesta*, czyli siatkowica plazmatycznokomórkowa jawna.

Na marginesie tego przypadku nasuwa się problem istoty komórek plazmatycznych. W ostatnich latach rozpowszechnił się pogląd jakoby komórki plazmatyczne współdziałały w tworzeniu pewnych ciał białkowych osocza. Przemawiać ma za tym zwiększenie ich liczby w szpiku w przypadkach, w których wzrasta globulinowa frakcja we krwi, jak w marskościach wątrobowych, myelomatach itd. Osobiście nie powiodło mi się spostrzeganie jakiejś równoległości między zwiększeniem liczby komórek plazmatycznych a przesunięciem stosunku albuminowo-globulinowego, czego wyrazem zazwyczaj dodatnie odczyny — Takaty i Weltmanna oraz białko Bence Jonesa w moczu. Przeto winno, moim zdaniem, to twierdzenie ulec pewnej rewizji.

Wątpliwości moje popiera jeszcze spostrzeżenie, że w przypadkach tzw. białaczki plazmatycznej, czyli jawnej siatkowicy plasmokomórkowej, odczyny te wypadają zazwyczaj ujemnie pomimo wybitnej proliferacji plazmokomórkowej, podczas gdy w chloroma lub myeloma (*s. reticul, plasm. compensata s. oc-*

culta) zawsze wypadają dodatnio. Zjawisko to spostrzega się w naszym przypadku jak i w szeregu kazuistycznych publikacji, na co jednak autorzy nie zwracali należytej uwagi.

Z powyższego wnoszę, że zmiany stosunku białek surowicy w przypadkach wyrównanej siatkowicy plazmokomórkowej, są wyrazem czynności zapory szpikowej, nie dopuszczającej komórek plazmatycznych do krwi obwodowej. Tym zwiększeniem globulin bronić się może ustrój przed zmianą składu soków ustrojowych. Gdy w swej nowotworowej dążności do rozprzestrzeniania się zostanie jednak „zapora" przełamana, i komórki plazmatyczne przejdą do krwi obwodowej, traci ona swe dotychczasowe znaczenie. Próg zapory zaciera się i poziomy ulegają wyrównaniu. Dlatego gdy w przypadkach chloroma lub myeloma spotyka się dane komórki we krwi obwodowej, czyli gdy postać ukryta przechodzi w jawną, inaczej wyrównana w niewyrównaną, przesunięcia białek jako już „niepotrzebne" wracają do normy.

Komórki plazmatyczne odgrywają jakąś niewyjaśnioną rolę w gruźlicy płuc rozpadowej. We wszystkich bowiem 30 badanych przypadkach tbc. spostrzegałem w szpiku stale zwiększoną liczbę kom. plazm. a w dwu przypadkach tak krańcowo silny odczyn plazmatyczny, że obraz szpikowy nie różni się niczym od myeloma, jedynie przebieg i brak zmian kostnych przemawia za odczynem. Czy ten związek między tbc. a plazmacytozą jest wyrazem działania prątków na układ ś. s. czy też innych ustrojowych przejawów, trudno w tej chwili powiedzieć. Zagadnienie to jest tematem osobnej rozprawy.

Dr Fenczyn (z Kliniki wewnętrznej U. J. prof. Tempki) przedstawił mięsaka płuc (rzecz ukaże się osobno w druku).

(c. d. n.)

Z IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Ministerstwo Zdrowia *Warszawa, dnia 9 lipca 1945*
Nr Org. 43/45.

OKÓLNIK Nr 10/45

Dotyczy zasiłków osiedleńczych dla personelu sanitar.

Do
Wszystkich Naczelników Wydziałów
Zdrowia Urzędów Wojewódzkich

Z uwagi na znaczenie, jakie dla osób osiedlających się na ziemiach nowoprzyłączonych, ma zapewnienie im tam pomocy leczniczej, zarządzam:

1. Każdemu lekarzowi, lekarzowi-dentyście, farmaceucie, felczerowi oraz pielęgniarce, którzy udają się na ziemie przyłączone, celem osiedlenia się tam — będzie wypłacony bezzwrotny zasiłek na koszty podróży w kwocie 1.000 zł (jeden tysiąc złotych).
2. Do wypłaty tego zasiłku jest uprawniony Naczelnik Wydziału Zdrowia tego Województwa, w którym mieszka osoba wymieniona w pkt. 1. Naczelnik Wydziału Zdrowia jest obowiązany sprawdzić uprawnienia zawodowe osoby zgłaszającej się o wypłatę zasiłku, odebrać od niej pisemną deklarację, że zobowiązuje się ona wyjechać w ciągu dni 7 oraz osiedlić się w miejscu wskazanym przez Naczelnika Wydziału Zdrowia tego Województwa, do którego zostaje skierowana. Naczelnicy Wydziałów Zdrowia na ziemiach przyłączonych, zawiadamiają Naczelnika Wydziału Zdrowia, który zasiłek wypłacił, o zgłoszeniu się takiej osoby, celem umożliwienia ewidencji, czy osoby, które zasiłek otrzymały, istotnie na wzmiankowanym terenie osiedliły się. Na wydatki związane z wypłatą tych zasiłków, Ministerstwo Zdrowia otwiera równocześnie Urzędom Wojewódzkim odpowiedni kredyt. Zarządzenie niniejsze dotyczy tylko takich pielęgniarek, które ukończyły 2-letnią szkołę pielęgniarstwa, albo posiadają kwalifikacje wyszczególnione w ust. I. art. 19 ustawy z dn. 21. II. 1935 r. o pielęgniarstwie — Dz. U. R. P. Nr 27, poz. 199, albo złożyły egzamin przewidziany w art. 20 tej ustawy. O ile zaś idzie o felczerów, powinni oni wykazać niewątpliwie, że przed wrześniem 1939 r. uzyskali prawo do wykonywania czynności felczerskich, na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 1921 r. Dz. U. R. P. Nr 64, poz. 396.
3. Każdy lekarz, który osiedli się na ziemiach nowoprzyłączonych i obejmie stanowisko w publicznej służbie zdrowia, wskazane przez Naczelnika Wydziału Zdrowia właściwego dla miejsca osiedlenia — otrzymuje jednorazowy zasiłek osiedleńczy w kwocie zł 3.000 (trzy tysiące złotych); każda pielęgniarka, felczer, akuszerka — zł 2.000 (dwa tysiące złotych). Ubiegający się o wypłatę zasiłku składa w Urzędzie Wojewódzkim pisemne zobowiązanie do wykonywania na tym obszarze praktyki zawodowej przez 2 lata i obejmowania w tym czasie stanowisk w publicznej służbie zdrowia, wskazanych przez władze sanitarne.
4. Naczelnicy Wydziałów Zdrowia Urzędów Wojewódzkich na ziemiach nowoprzyłączonych, zawiadamiają bezzwłocznie Ministerstwo Zdrowia o liczbie lekarzy-dentystów, felczerów i pielęgniarek, jaka jest jeszcze potrzebna w poszczególnych województwach na ziemiach nowoprzyłączonych.

Minister:
(—) *Dr med. Franciszek Litwin*

CENNIK NALEŻNOŚCI LEKARSKICH W WOJEWÓDZTWIE KIELECKIM

Ogłoszone w Nr 1 Przeglądu Lekarskiego z 1 lipca 1945 stawki cennika należności lekarskich obowiązujące na terenie wojew. krakowskiego mają również moc obowiązującą na terenie województwa kieleckiego, albowiem wojewoda kielecki zatwierdził je zarządzeniem Nr 20—9/5/45 z 16 lipca 1945.

Cennik ten wszedł w życie z dniem zatwierdzenia go, tj. od 16 lipca 1945 i obowiązuje na terenie całego województwa kieleckiego w razie nie zawarcia z lekarzem oddzielnej umowy.

Izba Lekarska w Krakowie przypomina Kolegom, że Dekretem P. K. W. N. z 20 XI 1944 (Dz. U. R. P. Nr 12, poz. 62) oraz Dekretem P. K. W. N. z 22 XII 1944 (Dz. U. R. P. Nr 15, poz. 87) zostały wprowadzone miesięczne zaliczki dla wszystkich płatników podatku obrotowego i dochodowego. W myśl tych przepisów każdy płatnik jest obowiązany złożyć deklarację osiągniętego w ubiegłym miesiącu obrotu i dochodu do dnia 25 każdego miesiąca i wpłacić zaliczkę na te podatki, obliczoną na podstawie deklarowanego obrotu i dochodu.

W myśl zasad ustawy o podatku obrotowym cały rzeczywisty przychód brutto lekarza jest jego obrotem, zaś przychód ten po potrąceniu kosztów jego osiągnięcia, zachowania i zabezpieczenia stanowi dochód lekarza.

Izba Lekarska wzywa Kolegów nie tylko do wpłacania miesięcznych zaliczek, gdyż zaniedbanie tego naraża lekarzy na kary pieniężne, lecz nadto apeluje do lekarzy, aby podawali w swych zeznaniach kwoty rzeczywiście osiągniętych zarobków.

REWINDYKACJA STRAT LEKARSKICH [1])

Naczelna Izba Lekarska rozesłała Izbom Lekarskim odpisy okólników Biura Odszkodowań Wojennych przy Prezydium Rady Ministrów w sprawie rewindykacji strat lekarskich (gabinetów, urządzeń, bibliotek lekarskich itp.), z prośbą o zebranie danych wśród wszystkich Kolegów, którzy ponieśli straty. Po otrzymaniu zebranych danych ze wszystkich Izb — Naczelna Izba przeszle je do Ministerstwa Zdrowia.

Jednocześnie Naczelna Izba Lekarska zaznacza, że powyższa ankieta nie wyklucza składanych zeznań w sprawie szkód wojennych, które należy składać bezpośrednio w zarządach miast czy powiatów.

[1]) Materiał w sprawie rewindykacji strat lekarskich nadszedł do redakcji tak późno, że termin 1 września, o którym mowa w piśmie Ministerstwa Zdrowia do Naczelnej Izby Lekarskiej dawno został przekroczony. To też ze swej strony zalecamy Kolegom jak najszybsze nadesłanie odpowiedzi na ankietę. (Przyp. red.).

Biuro Odszkodowań Wojennych
przy
Prezydium Rady Ministrów
Nr W/Szk/180—3/45 *Warszawa, 27 marca 1945 r.*

Ministerstwo Pracy, Opieki Społecznej
i Zdrowia
w miejscu

Biuro Odszkodowań Wojennych przy Prezydium Rady Ministrów nie otrzymało dotychczas sprawozdania o przebiegu akcji rejestracji szkód wojennych, które dotyczą szpitali, ośrodków zdrowia, ubezpieczalni społecznych oraz innych zakładów i instytucji, podlegających Ministerstwu Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia.

Uchwały Konferencji Krymskiej stawiają zagadnienie odszkodowań wojennych w płaszczyźnie reparacyj, a więc nie tylko odszkodowań z dochodu społecznego Niemiec, co jest jedynie słuszne i naturalne wobec totalnego zniszczenia, dokonanego przez Niemcy w krajach czasowo okupowanych.

Zapowiedź powołania Komitetu Reparacyjnego w związku z niedalekim już końcem wojny powoduje konieczność przyśpieszenia prac przygotowawczych w kierunku zebrania materiału w sprawie ustalenia rozmiaru, jakości i wartości szkód wojennych oraz rozmiaru i możliwości reparacji w naturze.

Proszę o wydanie odpowiednich zarządzeń w zakresie akcji rejestracyjnej, prowadzonej przez organa podległe Ministerstwu, przy uwzględnieniu poniższych wytycznych, koniecznych ze względu na uchwałę Konferencji Krymskiej.

Należy ustalić:

1) jakie przedmioty i w jakiej ilości zostały uszkodzone (częściowo, czy zupełnie), przy szczególnym uwzględnieniu urządzeń (gabinety, pomoce naukowe itp.),
2) jakie przedmioty (urządzenia) i w jakiej ilości zostały wywiezione i w miarę możności wskazać dokąd zostały wywiezione,
3) wysokość szkody wedle wartości z 31 sierpnia 1939 roku w złotych w złocie,
4) jakie potrzebne przedmioty (urządzenia) dla restytuowania stanu przed uszkodzeniem,
5) czy nabyć je można w kraju i po jakiej cenie,
6) jaki jest koszt odbudowy technicznej zniszczonych budynków. Należy w tym kierunku działać w porozumieniu z Biurem Planowania i Odbudowy przy Prezydium Rady Ministrów.

Proszę, by Ministerstwo przeprowadziło przez swoje organa w terenie przy przyciągnięciu czynnika obywatelskiego, akcje ustalenia w przybliżenia ilości osób, którym należałaby się renta z tytułu zabicia ich żywiciela lub pozbawienia go zdolności do pracy (zupełnie lub częściowo) oraz określić globalnie wysokość sumy zaopatrzenia inwalidzkiego, przy zastosowaniu obowiązujących norm ustawowych.

Wchodzą tu w grę zarówno inwalidzi wojenni, jak i ofiary reżimu okupanta.

Okupant, jak wiadomo, wywiózł idące w wiele setek tysięcy ilości obywateli polskich na pracę.

Należałoby ustalić globalnie zarówno te ilości osób wywiezionych, jak również w przybliżeniu wartość świadczonej przez nie pracy.

Okupant w kraju płacił robotnikom — Polakom — niższe stawki płacy, wobec czego konieczne jest globalne ujęcie tej niewypłaconej za okres okupacji części płac robotników i pracowników umysłowych.

Proszę o przepracowanie we właściwej instancji Ministerstwa zagadnienia strat gospodarstwa społecznego, spowodowanych niemożnością fachowego przygotowania kadr pracowniczych za okres okupacji, wywiezieniem i wyniszczeniem przez okupanta gospodarczych fachowców oraz przedstawienia wniosków w sprawie wyrównania tych braków przez przymusowe prace Niemców.

Proszę o przygotowanie materiałów, dotyczących wydatków opieki społecznej na rzecz ofiar hitlerowskiego terroru.

Proszę o przeprowadzenie we właściwej instancji Ministerstwa zagadnienia pogorszenia stanu zdrowotności kraju, wywołanego wygładzaniem ludności przez okupanta, niszczeniem przezeń szpitali i ośrodków zdrowia, przymusowym wieloletnim przebywaniem ofiar w obozach, bądź ukrywaniem się w lasach, piwnicach, bunkrach.

Należałoby w związku z tym stanem rzeczy zestawić wzmożone zapotrzebowanie urządzeń szpitalnych, sanatoryjnych, leków i środków odżywczych, których Niemcy miałyby dostarczyć w naturze.

Biuro Odszkodowań Wojennych
przy Prezydium Rady Ministrów
(—) *Dr Emil Sommerstein*

pieczęć okrągła:
Biuro Odszkodowań Wojennych
przy
Prezydium Rady Ministrów

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Ministerstwo Zdrowia *Warszawa, dn. 27 lipca 1945 r.*
Nr 24/45/Insp. Spraw.

Do
Naczelnej Izby Lekarskiej
w miejscu.

Przesyłam przy niniejszym odpisy rozporządzeń Biura Odszkodowań Wojennych przy Prezydium Rady Ministrów: Nr W./Szk./180/3/45 z dnia 27. 3. 45 r. i 1121/45 z dnia 25. 7. 45.

W związku z tym proszę o jak najszybsze zebranie odpowiednich wykazów szkód wojennych, poniesionych przez członków Izb i nadesłanie ich do Ministerstwa Zdrowia, Wydział Inspekcyjno-Sprawozdawczy w terminie do dnia 1 września r. b.

Przy przedmiotach wywiezionych lub zniszczonych należy dodać wartość ich w/g cen z 1. 9. 1939 r.

Niezależnie od powyższego nadesłać należy w najkrótszym czasie do Ministerstwa Zdrowia dane, dotyczące konkretnych możliwości rewindykacji wywiezionych przedmiotów lub zastępczego zaspokojenia ich braku (odnośnie załączonego okólnika Biura Odszkodowań Wojennych z dnia 25. 7. 45 r.).

2 zał. Minister
Dr med. Franciszek Litwin

Biuro Odszkodowań Wojennych
przy
Prezydium Rady Ministrów
Nr 1121/0 *Warszawa, dnia 25 lipca 45.*

Ministerstwo Zdrowia Publicznego
w miejscu.

Na podstawie ustalonego porozumienia z Biurem Rewindykacji i Odszkodowań przy Ministerstwie Przemysłu, zawiadamiam, że Biuro to dysponuje odpowiednim aparatem technicznym, który może dokonać rewindykacji wywiezionych objektów, a także przeprowadzić zastępcze zaspokojenie w najbardziej pilnych potrzebach, nie tylko w zakresie przemysłu, ale i w innych zakresach.

W tym ostatnim wypadku współpraca z omawianym Biurem, może być podjęta, albo przez danie mu odpowiednich zleceń bez współudziału fachowców Ministerstwa Zdrowia Publicznego, albo też przez wykorzystanie jedynie możliwości pomocy technicznej z jego strony (kwestia transportu, umożliwienie wyjazdu w strefy okupacyjne sowiecką, brytyjską, amerykańską, francuską, pomoc przy zabezpieczeniu objektów itp.). Wówczas byłby konieczny udział odpowiednich fachowców ze strony Ministerstwa Zdrowia Publicznego.

Powołując się na swój okólnik w sprawach rewindykacji, oraz w celu skoordynowania tych spraw, proszę

1) o zawiadomienie, czy Ministerstwo Zdrowia Publicznego posiada już własny referat, czy Wydział, który zajmować się będzie rewindykacją i zastępczym zaspokojeniem najpilniejszych potrzeb,
2) czy wydział ten w powyższej akcji posługiwać się będzie swoimi fachowcami, czy też korzystać będzie wyłącznie z usług Biura Rewindykacji i Odszkodowań Wojennych przy Ministerstwie Przemysłu,
3) czy Ministerstwo Zdrowia Publicznego posiada już zebrany materiał, nadający się do rewindykacji, względnie zastępczego zaspokojenia. W wypadku pozytywnym, należy odpowiednie zestawienie powyższego materiału, przesłać do Biura Odszkodowań Wojennych przy Prezydium Rady Ministrów, jednocześnie przesłać kopię tego zestawienia do Biura Rewindykacji i Odszkodowań przy Ministerstwie Przemysłu.

Omawiana sprawa jest bardzo pilna. Jeżeli Ministerstwo Zdrowia Publicznego nie posiada jeszcze odpowiednich komórek organizacyjnych oraz materiałów w tej sprawie, proszę o wydanie odpowiednich zarządzeń i zawiadomienie o tym Biura Odszkodowań Wojennych przy Prezydium Rady Ministrów.

Szef Biura Odszkodowań Wojennych
przy Prezydium Rady Ministrów
(Dr Emil Sommerstein)

WARUNKI PRACY LEKARZY.

Na odezwę Redakcji w Nr 1 nadchodzić zaczynają z terenu odpowiedzi w sprawie warunków pracy lekarzy. Podajemy je w streszczeniu bez wymieniania nazwisk i miejscowości.

Redakcja

Dr B. P. wróciła zniszczona wojną do miasteczka, gdzie praktykuje prócz niej jeszcze kilku lekarzy. Urząd Skarbowy nałożył na nią za okres $3^1/_2$ miesiąca zaliczkę na podatek obrotowy w kwocie 2.680 zł i 11.712 zł zaliczki na podatek dochodowy, razem 14.392 zł, czyli miesięcznie po 5.000 zł! Poszkodowana lekarka oświadcza, że w razie nie zdjęcia z niej tego horendalnego haraczu zmuszona będzie zupełnie zrezygnować z praktyki lekarskiej.

Dr P. powołany został przez właściwą R. K. U. i wysłany do Rzeszowa w lipcu b. r. do Komisji Kontrolnej, gdzie wykonywał czynności po 10 godzin dziennie przez kilka godzin. Po powrocie, referent R. K. U. w Miechowie odmówił wypłacenia jakichkolwiek diet za pracę w komisji poborowej nawet na obcym terenie i wyraził jedynie zdziwienie, że w Rzeszowie płacą za to po 100 zł dziennie.

Sprawa przydziału spirytusu

Izba Skarbowa w Krakowie — Kraków 21 sierpnia 1945
Nr. IV. 7726/2/45

Do Izby Lekarskiej w Krakowie
ul. Krupnicza 11 a

Wskutek reskryptu Ministerstwa Skarbu z dnia 8. VIII. 1945 r., Nr. D. VI. 12980/3/871/45 Izba Skarbowa zawiadamia, że podanie z dnia 16. III. 1945 L. dz. 118/45 o przydział spirytusu dla członków Izby, po cenie I kategorii nie zostało uwzględnione.

Naczelnik Wydziału IV
St. Majewski mp.

Ministerstwo Aprowizacji i Handlu
L. dz. 12075. — Warszawa 12. VII. 1945 r.

Do
Centrali „Społem"
Związek Gospodarczy Spółdzielni R.P.
w Warszawie
ul. Grażyny 13.

Dotyczy drożdży na cele lecznicze

Ministerstwo Aprowizacji i Handlu zobowiązuje wszystkie Spółdzielnie i sklepy rozdzielcze do sprzedaży drożdży na cele lecznicze na receptę lekarską do wysokości wyszczególnionej w recepcie, z tym zastrzeżeniem, że punkt rozdzielczy może wydać petentowi pobierającemu drożdże na cele lecznicze jednorazowo ilość nie większą jak 100 gr, przy czym drożdże na ten cel wydaje dany punkt rozdzielczy w tych ilościach jakie mu zostały przydzielone do rozprzedaży na przydziały kartkowe.

Ministerstwo Aprowizacji i Handlu w danym wypadku bierze pod uwagę fakt, że pewna ilość konsumentów wstrzymuje się od wykupu drożdży kartkowych, celem jest więc by drożdże te zostały rozprowadzone na cele lecznicze. Sprzedaż drożdży na cele lecznicze trwa przez cały okres wydania drożdży kartkowych i po tej samej cenie I-szej kat. tzn. zł. 25 za 1 kg.

Lista strat

(c. d.)

102. Dr Kozlowski Michał z Sosnowca, zm. śm. nat. 6. V. 1940.
103. Dr Kuczewski Antoni z Zakopanego, zm. śm. nat. 8. II. 1941.
104. Dr Krokiewicz Antoni z Krakowa, zm. śm. nat. 12. II. 1941.
105. Dr Kirschenbaum Abraham ze Staszowa, zm. śm. nat. 5. V. 1941.
106. Dr Kupczyk Berek z Koszyc, zm. śm. nat. 21. IX. 1941.
107. Dr Kowalski Seweryn z Tarnowa, zm. śm. nat. 28. V. 1944.
108. Dr Knauer Wilhelm z Brzeska, zm. śm. nat. 5. VII. 1944.
109. Dr Kropaczek Wilhelm z Krakowa, zm. śm. nat. 6. XII. 1944.
110. Dr Kranz Jakub, zm. śm. nat. w lecie 1943.
111. Dr Kurz Zygmunt, zm. śm. nat. w Płaszowie w lecie 1944.
112. Dr Kramarz Jakub z Wierzbnika, zginął w Oświęcimiu 28. VII. 1944.
13. Dr Kędzierski Lucjan z Częstochowy, zm. śm. nat. 12. V. 1943.
114. Dr Kottas Adam z Dębicy, zm. śm. nat. 3. VII. 1943.
115. Dr Kwaśniewski Mikołaj b. wojewoda krakowski zginął w Oświęcimiu w maju 1940.
116. Dr Karasiński Stanisław z Krakowa, zaginął.
117. Dr Kepler Wiktor z Krakowa, zastrzelony w Jaśle w październiku 1943.
118. Dr Kiełczewski Stanisław z Krakowa, zaginął.
119. Dr Knaul Maksymilian z Krakowa, zaginął.
120. Dr Lauer Aleksander z Krakowa, zm. śm. nat. 26. II. 1941.
121. Dr Liedtke Czesław z Oświęcimia, zginął w Dachau 7. IX. 1941.
122. Dr Lach Rudolf z Brzostka, zm. śm. nat. 6. X. 1942.
123. Dr Libaszewski Walerian z Przysuchy, zm. śm. nat. 3. IV. 1942.
124. Dr Leuchter Henryk z Krakowa, zginął w Tarnowie w lecie 1942.
125. Dr Lustig Julian z Krakowa, zamordowany we Lwowie 18. VIII. 1942.
126. Dr Leinkram Zygmunt z Krakowa, wywieziony do Bełzca w r. 1942.
127. Dr Leinkram Michał z Krakowa, zginął w obozie koncentracyjnym w Niemczech.
128. Dr Libman Edward z Krakowa, wywieziony do Bełzca w r. 1942.
129. Dr Lewinger Spira Grüna z Krakowa, zginęła w Oświęcimiu w r. 1943.
130. Dr Lazer Debora z Krakowa wywieziona do Bełzca w jesieni r. 1942.
131. Dr Lachs Romuald z Krakowa, zginął w Warszawie w sierpniu 1944.
132. Dr Łopaciński Michał z Wysokiej, zm. śm. nat. 3. III. 1940.
133. Dr Łuszcz Bogusław ze Slupinowej, zm. śm. nat. 25. II. 1941.
134. Dr Łokczewski Kazimierz z Częstochowa, zm. śm. nat. 2. VI. 1941.
135. Dr Łepkowski Mieczyslaw z Secenia, zm. śm. nat. 26. IV. 1943.
136. Dr Łęczycki Aleksander z Krakowa, zginął we Lwowie 24. VI. 1941.

C. d. n.

ZE ZWIĄZKU ZAWODOWEGO LEKARZY R. P.

Biuletyn nr 3

W uzupełnieniu podajemy skład Zarządów dotychczas zorganizowanych obwodów w Województwach Krakowskim i Rzeszowskim z Okręgiem Kraków:

1. Kraków. Zarząd: Przewodniczący prof. dr Rutkowski Maksymilian, zastępca dr Stein Bolesław, sekretarz dr Godlewski Wacław, zastępca sekretarza dr Marcinkowski Włodzimierz, członkowie Zarządu: prof. dr Walter Franciszek, Prymariusz dr Gołąb Jan, dr Stypa Mieczysław i dr Leńko Jan.

2. Miechów. Zarząd: Przewodniczący dr Landy Aleksander, zastępca dr Pietruszewski, skarbnik dr Downarowicz, sekretarz dr Tolpa.

3. Rzeszów. Zarząd: Przewodniczący dr Szantruczek Hieronim, zastępca dr Nieć Teofil, sekretarz dr Grzegorczyk Józef, skarbnik dr Brzeski Alfred.

4. Tarnów — Dąbrowa. Zarząd: Przewodniczący dr Bielatowicz Marian, członkowie Zarządu: dr Waręda, dr Śliwonik, dr Krukar i dr Chwalibóg. Utworzono Komisję Naukową z drem Śliwonikiem na czele.

5. Chrzanów. Zarząd: Przewodniczący dr Schimmer Seweryn, zastępca dr Klaczak, sekretarz dr Janowska Janina, skarbnik dr Bobrzyński.

6. Krosno. Zarząd: Przewodniczący dr Lorenz Antoni, sekretarz dr Glazar Władysław.

7. Brzesko. Zarząd: Przewodniczący dr Runge Witold, zastępca dr Lubowiecki Jerzy, sekretarz i skarbnik dr Łabno Stanisław.

8. Zakopane. Zarząd: Przewodniczący dr Fischer Ludwik, zastępca dr Karwacki Mieczysław, skarbnik dr Łotocki Edward, sekretarz dr Sroczyński Stefan.

9. Nowy Targ. Zarząd: Przewodniczący dr Przetacznik Jan, zastępca dr Mech Władysław, sekretarz dr Wierzbicki Henryk, skarbnik dr Temecki Tadeusz.

10. Gorlice — Jasło. Zarząd: Przewodniczący dr Michalski, zastępca dr Różański.

11. Nowy Sącz. Zarząd: Przewodniczący dr Kozaczka Adam, członkowie Zarządu: dr Szymanek, dr Stuchłowa, dr Maciak, dr Leśniakiewicz, dr Kuśnierczyk, dr Bogusz.

Ogólna liczba członków, zarejestrowanych, w Okręgu Krakowskim 776.

1. Trudności organizacyjne są ciągle jeszcze znaczne z następujących powodów: niezmiennie utrzymujące się niedomagania komunikacyjne nawet przy względnie niedużych odległościach, ciągłe przesiedlanie się lekarzy i liczne powoływania do służby wojskowej. Niektóre powiaty są w tej chwili niemal ogołocone z lekarzy.

2. W biuletynie nr 2 (patrz Przegląd Lekarski nr 1) wyszczególniliśmy przewidziane sekcje Związku. Pominięto tam jednak sekcję naukową. Tę zaś uważamy za bardzo ważną dla Obwodów, nie mających Towarzystw Naukowych Lekarskich.

Oczywiście w Obwodach o niewielkiej ogólnej liczbie członków nie będzie się tworzyło sekcyj. Dlatego byłoby pożądane, aby lekarze z takich małych skupień należeli do sekcji okręgowej w Krakowie, i tam skierowywali czy to swoje spostrzeżenia, czy to swoje dezyderaty. Sekcja w każdym wypadku zajmie się poruszonym problemem, co będzie z dużą korzyścią dla odpowiednich zagadnień.

Dla informacji podajemy, że w Okręgu Kraków poza sekcją medycyny społecznej są już czynne sekcje szpitalna i lekarzy szkolnych. Ruchliwa sekcja medycyny społecznej odbyła dnia 7. VIII r. b. piąte posiedzenie. Tematem były: „Zasady planu Beveridge'a".

3. Na zapytania, skierowane do Izby Lekarskiej, czy należenie do Związku jest obowiązkiem lekarza, wyjaśniamy: formalnie, z punktu widzenia prawnego — nie. Jest to jednak obowiązek moralny i społeczny, zarówno wobec stanu lekarskiego w całości, jak wobec samego siebie.

Jeszcze ciągle zarzuca się powszechnie światu lekarskiemu nastawienie reakcyjne i aspołeczne. Jeszcze ciągle szermuje się łatwo i bez poczucia odpowiedzialności tymi zarzutami, rozciągając je na całą społeczność lekarską.

Należy raz skończyć z szerzeniem tej tak krzywdzącej opinii o przedstawicielach jednego z najbardziej ofiarnych zawodów — a droga do tego prowadzi tylko przez Związek. Jednostka nie zdziała tu nic i w najlepszym razie będzie uznana za wyjątek potwierdzający regułę.

Toteż każdy Obwód musi w swej pracy demonstrować *ad oculos* charakter społeczny i ofiarny swojej działalności, aby osiągnąć jej zrozumienie i docenianie przez inne społeczne organizacje.

4. Przeszkodą w naszych poczynaniach organizacyjnych jest ciągle jeszcze niemożność definitywnego ustalenia charakteru Związku Lekarzy. Jesteśmy jeszcze ciągle w walce o samodzielność naszej organizacji i o niezależność jej od Związku Pracowników Służby Zdrowia. W tej myśli przesłaliśmy do Komisji Centralnej Związków Zawodowych następujący memoriał:

„Zawód lekarski, grupujący się w Związku Zawodowym Lekarzy RP. stoi w obliczu olbrzymich zadań, jakie ma do spełnienia i trudności, jakie ma do przezwyciężenia. Wraz z postępującym uspołecznieniem życia zbliża się uspołecznienie medycyny, rozwój masowego lecznictwa, upowszechnienie kultury zdrowotnej, organizacja publicznej służby zdrowia na zupełnie nowych podstawach. W dziedzinie nauczania i wychowania, ubezpieczeń społecznych, polityki socjalnej, populacyjnej, zdrowotnej i młodzieżowej jest niemal wszystko jeszcze do zrobienia, względnie ulepszenia, jeśli nie zasadniczego przedstawienia. Tylko intensywna, spokojna i zaburzeniami wewnątrz i zewnątrz organizacyjnymi nie zamącona praca zrzeszonego zawodu lekarskiego zdolna będzie wydać pożądane owoce.

Praca ta po uzgodnieniu w łonie Centralnych Władz Związku Lekarskiego musi być ponadto uzgadniana i skoordynowana z pracami Izb Lekarskich oraz Ministerstwa Zdrowia. Organizacja służby zdro-

wia natrafiłaby na przeszkody, gdyby prace zamiast toczyć się na terenie fachowo-lekarskim, toczyły się na terenie zawodowo niezróżnicowanego ogólnego Związku pracowników służby zdrowia.

Centralna Komisja Związków Zawodowych przyjęła za podstawę organizacji poszczególnych działów pracy jedną organizację w skali ogólno-krajowej — mianowicie Związek Zawodowy.

W tej myśli w dziale VI p. t. „Użyteczność publiczna i usługi“ Komisja Centralna utworzyła pod literą *c* dział pod nazwą „Związek Zawodowy pracowników służby zdrowia“.

Zaszeregowanie do tej jednej grupy i zorganizowanie w niej wszystkich pracowników, którzy mają bliższy lub dalszy związek z zagadnieniami zdrowia publicznego, z których jedni są pracownikami umysłowymi, a inni fizycznymi, którzy reprezentują całą skalę kwalifikacji od najniższej do kwalifikacji o poziomie bardzo wysokim, byłoby dla pracy, jaką mają wykonać lekarze w nowej demokratycznej Polsce wprost zgubne.

Dlatego Związek Zawodowy Lekarzy R. P. zwraca się do Centralnej Komisji Związków Zawodowych z prośbą, aby ta w interesie społecznym utworzyła w dziale VI osobną zawodową grupę lekarzy, niezależnie od związku zawodowego wszelkich innych pracowników służby zdrowia, ujętych pod literą *c*. Wszak Komisja Centralna sama uznaje, że od jej wytycznych mogą być odchylenia, uwarunkowane bądź wagą, bądź znaczeniem, jakie dana gałąź pracy ogrywa w życiu gospodarczym kraju, bądź pewnymi tradycjami organizacyjnymi, i dała temu publiczny wyraz.

Lekarze, zorganizowani w jednym Centralnym Związku Zawodowym, który obejmie całą Rzpltą staną się dźwignią olbrzymiego postępu w kierunku udostępnienia zdobyczy kultury zdrowia całemu społeczeństwu, — gdy tak, jak Związek Zawodowy Nauczycielstwa Polskiego, nie będą zmuszeni ani do zerwania ze swoim statutem, ani ze swymi tradycjami, staną do współpracy w ruchu inteligenckim i robotniczym dla powszechnej korzyści, do współgospodarowania krajem, co jest istotnym powołaniem Związków Zawodowych.

Uznając ideę jedności świata pracy i jego ruchu zawodowego, lekarze muszą jednak mieć te warunki, od których zależy owocność ich pracy“.

5. Ze względu na jego aktualność podajemy Kolegom do wiadomości sprawozdanie z podróży orientacyjnej na Dolny Śląsk Koleżanki dr M. Czarnota-Bojarskiej:

„W dniach od 15 do 29 lipca r. b. odbyłam podróż po ważniejszych miastach Dolnego Śląska w celu zorientowania się jakie są tam warunki osiedlenia się dla lekarzy. Byłam w nast. miastach: Wrocław, Lignica, Jelenia Góra, Walbrych (Waldenburg), Koźle.

Przede wszystkim muszę zaznaczyć, że warunki komunikacji są nader ciężkie i kosztowne. Połączenie z Wrocławiem, Lignica, Jelenią Górą jest tylko samochodowe, przy czym trzeba „łapać okazję“.

Warunki wyżywienia — od Wrocławia na zachód b. trudne. Wolnego handlu prawie nie ma, trzeba jedynie poprzestać na stołówkach (tylko dla pracujących), gdzie jedzenie jest skąpe. W Lignicy np. w stołówce wojewódzkiej obiad zupa i garść fasoli (koniecznie mieć własną łyżkę).

Warunki mieszkaniowe we Wrocławiu, Lignicy, Koźlu — złe z racji zburzenia domów (Wrocław), albo zajęcia mieszkań przez Armię Czerwoną (Lignica, Walbrych). Natomiast w Jeleniej Górze, a podobno i w południowych miastach można otrzymać ładne, urządzone mieszkania.

Zapotrzebowanie na lekarzy duże — ogromny brak specjalistów na całym Dolnym Śląsku, oraz lekarzy administracyjnych w północnych jego rejonach (Trzebnica, Wołów, Głogów itd.).

Szpitale b. liczne (w południowej części około 40), porządnie urządzone, niektóre wspaniałe (np. w Nowej Rudzie lub Ząbkowicach), w braku specjalistów-Polaków zatrudniają jeszcze lekarzy — niemców.

Każdy lekarz, który pragnie osiedlić się na Dolnym Śląsku powinien zgłosić się do naczelnika wojewódzkiego wydziału zdrowia dra Bogdana Snarskiego w Lignicy. Posadę otrzyma każdy na warunkach nast.: wyżywienie w stołówce lub przy szpitalu dla siebie i rodziny, mieszkanie oraz pensja według norm urzędniczych, narazie wypłacana zaliczkami.

Na praktykę prywatną na razie trudno liczyć, gdyż ludności polskiej mało, a niemcy leczą się u swoich lekarzy.

W ostatecznym bilansie moich spostrzeżeń uważam, że jakakolwiek praca lekarza na Dolnym Śląsku nie przedstawia obecnie korzyści materialnych, — może być jednak bardzo ponętna ze względów ideowych i zawodowych, gdyż jest tam teren, stojący pod względem techniki szpitalnej na b. wysokim poziomie.

Na zakończenie dodaję jeszcze, że dr Snarski poinformował mnie o istnieniu bardzo licznych, pięknie położonych i urządzonych sanatoriów, które obecnie są w większości nieczynne, ale nadają się do uruchomienia“.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

OD REDAKCJI

Po blisko sześciu latach grobowego milczenia odezwał się wreszcie głos lekarski na łamach wznowionego „Przeglądu Lekarskiego“. W najcięższych warunkach przygotowywane prace naukowe wyszły na światło dzienne i zapełniać będą regularnie stronice naszego wydawnictwa. Musimy odrobić sześć lat zamarłego życia naukowego i zawodowego. Zniszczenie bibliotek i wydawnictw, brak podręczników, papieru drukowego i przerwa w zagranicznych kontaktach naukowych sprawiły, że czasopismo lekarskie jeszcze przez dłuższy czas będzie jedynym organem publikacyjnym dowodzącym, że żyjemy, pracujemy

i przez naszą pracę składamy cegiełki na budowę gmachu Rzpltej.

Pismo powstało jedynie dzięki ofiarności Kolegów i Koleżanek, którzy złożyli datki na fundusz prasowy. Za tę ofiarność, która dowodzi zrozumienia potrzeb nauki i stanu lekarskiego, składamy ofiarodawcom podziękowanie.

Jednak ofiary na fundusz prasowy nie wystarczą, gdyż pismo nie otrzymało dotychczas żadnej subwencji, która pozwoliłaby przetrwać najcięższy okres początkowy. Prenumeraty wpływają niestety bardzo nieliczne. Bez nich wydawnictwo nie dałoby się utrzymać. Dlatego apelujemy do wszystkich, aby tłumnie i niezwłocznie zgłaszali prenumeratę, wpłacając ją równocześnie z zamówieniem wprost w Administracji lub blankietem P. K. O. na nr konta IV-310.

Wyjaśniamy przytem, że ofiary na fundusz prasowy nie są równoznaczne z prenumeratą, a uprawniają jedynie do zniżki w cenie prenumeraty (150 zł. zamiast 180 zł. kwartalnie).

OD ADMINISTRACJI

Z powodu niezarejestrowania się w Izbie Lekarskiej lub nie zawiadomienia jej o zmianie adresu względnie opuszczeniu obszaru Izby, wielu Kolegów nie otrzymało pisma, mimo, że złożyło dar na fundusz prasowy.

Administracja bierze odpowiedzialność za prawidłowe doręczanie pisma tylko po podaniu jej dokładnego adresu.

Prenumeratę można wpłacać: 1) blankietem PKO Nr konta IV-310, 2) przekazem pocztowym wprost do Administracji Kraków Krupnicza 11a m. 11, 3) bezpośrednio w Administracji. — Lekarze zatrudnieni w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, wpłacać mogą prenumeratę na razie u kierownika biura personalnego tego szpitala, p. Czernichowskiego.

O zmianie adresu należy donosić bezpośrednio do Administracji.

KRAKÓW POWRACAJĄCYM RODAKOM

Na terenie Krakowa powstał Komitet niesienia pomocy powracającym do kraju z niewoli, obozów koncentracyjnych i obozów pracy. Przedstawiciel Izby Lekarskiej kol. Lebioda wziął udział w konferencji w sprawie współpracy poszczególnych grup zawodowych, która odbyła się dnia 25 lipca pod przewodnictwem wiceprezydenta miasta Krakowa p. Dziwlika. Przedstawiciel Izby Lekarskiej zdał sprawozdanie z dotychczasowej akcji krakowskich lekarzy tak na cele ogólne, jak też na rzecz powracających członków lub rodzin swej grupy zawodowej, przyrzekając także dalszą akcję zarówno finansową jak i fachową. Poddał jednak krytyce dotychczasową organizację udzielania pomocy lekarskiej, stwierdzając jej wielotorowość i brak zcentralizowania i zharmonizowania tej akcji. Istnieje szereg instytucji, jak zasłużony P. C. K., P. U. R., Związek Więźniów Politycznych i szereg innych organizacji, które udzielają pomocy lekarskiej powracającym do kraju. — Rozbudowa tak szeroka aparatu pomocy lekarskiej — zwłaszcza jego strony administracyjnej — pochłania niepotrzebnie znaczne sumy. Postanowiono sprawę tę bliżej rozpatrzyć.

Podając powyższe sprawozdanie do wiadomości ogółu lekarskiego, Zarząd Izby Lekarskiej zwraca się do Koleżanek i Kolegów, aby poparli akcję niesienia pomocy powracającym do kraju i składali indywidualnie ofiary pieniężne na konto „*Kraków powracającym Rodakom*“ w Komunalnej Kasie Oszczędności m. Krakowa ul. Szpitalna, w Komunalnej Kasie Oszczędności pow. krakowskiego ul. Pijarska, w Banku „Społem“ Rynek Główny.

DOKUMENTY HAŃBY NIEMIECKIEJ MEDYCYNY

Sylwetki niemieckich lekarzy w obozie koncentr. w Płaszowie.

Dr Jäger, Obersturmführer, typowy zimny łotr. Podczas wizytacji szpitala nigdy nie wypuszczał pary z ust, natomiast po wizycie zawsze przychodziły zarządzenia „selekcji chorych“ przeznaczonych na... śmierć. Zasługą tego kata jest wybudowanie dwóch specjalnych pokoików, w których wyznaczeni przez niego ludzie zamęczali chorych — przeważnie płucnochorych na śmierć.

Dr Blamke, Hauptsturmführer. Typ cynicznego bandyty i nienasyconej bestii w ludzkim ciele. Pospolity złodziej, który ze szpitala kradł leki i odżywki (mleko kondensowane, marmoladę, cukier itp.), które więźniowie żydowscy otrzymywali z Żydowskiej Samopomocy Społecznej. Łup wywoził i sprzedawał po paskowych cenach w Krakowie lub w Niemczech. Korupcjonista i łapownik. W obejściu pozornie gładki, podczas wizytacji nawet nie podnoszący głosu — w chwili wysiedleń wpadał jak rozjuszone zwierzę na oddziały szpitalne, bił i kopał lekarzy i dzieci. Gdy jego zdaniem dzieci nie dość szybko przygotowywano do odmarszu do „komina“, dawał rozkaz „gimnastyki“ dla lekarzy, której urozmaiceniem bywało stale tarzanie się po ziemi, wskakiwanie do brudnego stawu i gnoju itp. — Pod jego pieczą odbyło się stratowanie na śmierć dra Goldblatta, który miał odwagę zwrócić się do niego z prośbą o pozostawienie go w pracy w charakterze lekarza, jaką pełnił od przeszło dwóch lat. Rozkazy jego były wykonywane przez siepaczy SS, pseudosanitariuszy, zwanych S. D. G. (Sanitätsdienstgrad) w randze podoficerów. Były to dzikie zwierzęta, nigdy nie nasyceni sadyści, alkoholicy, psychopaci. Katowanie więźniów, bicie i kopanie było ich codziennym zajęciem. Dwóch z nich (Kaulfluss i Liedt) stratowało dra Goldblatta w porozumieniu z drem Blanke.

(Według wywiadu z drem A. B.).

Warszawa. W rocznicę masakry dokonanej przez Niemców w szpitalu Wolskim przy ul. Płockiej 24, odbyła się w dniu 5. VIII b. r. msza żałobna na miejscu stracenia przy ul. Górczewskiej i akademia w sali szpitala.

Dn. 5 sierpnia 1944 Niemcy wpadli do szpitala i zastrzelili na miejscu dyrektora dra Piaseckiego, dra Zeelanda i kapelana szpitala, wywlekli około 100 mężczyzn, chorych i lekarzy i rozstrzelali ich na ul. Górczewskiej. Pozostawili na miejscu jedynie 90 najciężej chorych z 1 lekarzem i jedną pielęgniarką, a resztę wypędzili ze szpitala.

W gmachu umieszczono tablicę pamiątkową z nazwiskami 68 poległych, wśród nich 12 lekarzy i lekarek, 18 stud. medycyny oraz 33 osób personelu szpitalnego.

(Wedł. K. C. z 8. VIII 45).

LEKARZE CZECHOSŁOWACCY PRZECIW „NAUCE“ NIEMIECKIEJ

Zebranie ogólne Związku lekarzy czechosłowackich, które odbyło się ostatnio w Pradze, uchwaliło protest przeciwko ponownemu otwarciu uniwersytetu w Bonn nad Renem, gdzie m. in. nauczanie ma być rozpoczęte na wydziale lekarskim. Lekarze czechosłowaccy uzasadniają swój protest udowodnionym niezbicie faktem, iż profesorowie medycyny z Bonn brali udział w nieludzkich i bezczeszczących naukę eksperymentach dokonywanych na więźniach obozu koncentracyjnego w Dachau. Lekarze czechosłowaccy żądają dokładnego zbadania roli profesorów wykładających na wydziale lekarskim w Bonn.

Zginęli na posterunku. Do chwili wkroczenia Niemców na Węgry i obalenia rządu Kallay'a Komitet Węgiersko-Polski rozwijał ożywioną działalność opiekuńczą nad uchodźctwem polskim na Węgrzech. Komitet ten udzielał pierwszej pomocy finansowej i odzieżowej, a poradnia lekarska znajdowała się w jego lokalu. Opieka lekarska była dobrze zorganizowana i opierała się w razie potrzeby o szpitale, kliniki i sanatoria węgierskie.

W chwili wkroczenia wojska niemieckiego, dnia 19 marca 1944 znajdowali się w poradni gen. dr Kołłątaj i dr Teofil Kandeffer. Oprawcy gestapo wdarli się do lokalu i obu lekarzy zamordowali strzałami z pistoletów automatycznych. Sędziwy generał-lekarz otrzymał 5 kul, siedząc spokojnie przy biurku, a dr Kandeffer przebywał w sąsiednim pokoju. Podobno dr Kołłątaj na wezwanie oprawców nie podniósł zaraz rąk w górę, lecz usiłował im tłumaczyć, że weszli do poradni lekarskiej...

(Według L. S. z Dz. P. 29. 8. 45).

Polskie Two Szpitalnictwa. Założone na 8 lat przed wojną Pol. Two Szpitalnictwa wznowiło swą działalność z inicjatywy dra J. Rutkiewicza, dra W. Przywieczerskiego i inż. W. Borawskiego, rozpoczynając ją zebraniem organizacyjnym w Mtwie Zdrowia. Powołano Zarząd, w skład którego weszli: inż. Borawski, prof. dr Grzybowski, inż. Krauss, prof. dr Melanowski, dr Miszewski, dr Przywieczerski, dr Rudziński, dr Rutkiewicz i dr Stankiewicz.

Kontrola epidemiczna na granicach. Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami przy Mtwie Zdrowia czyni starania w kierunku utworzenia kordonu sanitarnego na granicach jako ochrony przed epidemiami na punktach wjazdowych do Polski. Przewidzianych jest około 250 punktów etapowych wyposażonych w urządzenia przeciwepidemiczne. Niestety, nie został dotychczas uruchomiony kredyt w kwocie preliminowanej 76,000.000 zł tak, że grozi niebezpieczeństwo spóźnienia się z akcją zapobiegawczą.

PRZEGLĄD PISM CODZIENNYCH

NOWI LEKARZE DLA NOWEJ POLSKI

Pod tym tytułem pojawiła się w prasie notatka prof. Dr E. Grzegorzewskiego, którą cytujemy w całości za Dziennikiem Polskim z 3. VIII. 45:

W ramach sieci wyższych uczelni ma powstać w Gdańsku Akademia Lekarska. Postanowienie Rady Ministrów potwierdza i powierza prowadzenie Akademii Ministerstwu Zdrowia, działającemu w porozumieniu z Ministerstwem Oświaty i podług wytycznych, obowiązujących Wydziały Lekarskie Uniwersytetów.

Ogromny niedobór lekarzy wymaga jaknajszybszego przeciwdziałania. Do przeciętnej, środkowo-europejskiej normy — 1 lekarz na 1500 mieszkańców — brak nam ponad 8.000 lekarzy.

To też obok czynnych już wydziałów lekarskich w Krakowie, Warszawie, Poznaniu i Lublinie uruchamia się polskie uczelnie w miejsce dawnych niemieckich we Wrocławiu, Gdańsku i tworzy się nową w Łodzi.

Akademia Gdańska oprócz normalnego wykonywania programu studiów stawia sobie za cel ponadto wiele osiągnięć szczególnych. Przede wszystkim będzie realizowana reforma studiów lekarskich, która dojrzała już przed wojną i została sformułowana w konspiracji. Głównymi cechami reformy są: wzmożenie intensywności studiów przez właściwą ich organizację, wzmożenie praktycznego przygotowania studentów, aby opuszczając uczelnię, byli zdatni do samodzielnej pracy oraz podkreślenie w teorii i praktyce społecznej roli medycyny i lekarza. Szczególny wysiłek będzie skierowany na współdziałanie z młodzieżą, która już od początku ma wziąć czynny udział w pracach wstępnych przy urządzaniu zakładów naukowych, domu akademickiego, biblioteki, stołówki, ma pomóc w zbiorach we własnym majątku itd.

Zasadniczą wytyczną w pracach uczelni jest stworzenie młodzieży ludowej, młodzieży mas pracujących warunków „równego startu“, dania możliwości wydanej pracy w możliwie najlepszych warunkach, na jakie może zdobyć się odradzający się kraj. Szczęśliwe położenie nadmorskie będzie wykorzystane nie tylko do zaprawy morskiej studentów, ale i kształcenie lekarzy portowych, okrętowych i tropikalnych. Położenie to będzie wykorzystane także jako środek wychowawczy, aby za pomocą studiującej młodzieży chłopskiej i robotniczej związać głęboki ląd kraju z morzem, tchnąć szeroki wiew morski w nasze wioski i miasteczka. Zetknięcie się we wspólnej pracy miejscowej młodzieży rybackiej, kaszubskiej z młodzieżą z innych części Polski zatrze różne uprzedzenia dzielnicowe, które jeszcze tu i ówdzie pokutują.

Zespół nauczający dobiera się z różnych uczelni, lecz cechuje go wspólny zapał do pracy pionierskiej, wspólne dążenie do pracy naukowej, wspólne umiłowanie idei demokratycznej.

Zespół przeważnie młody, pochodzący już z polskich szkół naukowych, ma stworzyć placówkę, poświęconą prawdzie naukowej i wychowaniu humanitarnemu tam, gdzie doniedawna stały przybytki nienawiści i kłamstwa.

Tworzenie wyższej uczelni na terenie zniszczonym, doniedawna wrogim, nie jest zadaniem łatwym. Przeszkód jest dużo, każdy napotyka na trudności. Aprowizacja, mieszkanie, pomoce naukowe, transport — jakże dobrze znane pionierom są te wyrazy, oznaczające przeszkody, trudności i walkę na każdym kroku, o każdy krok naprzód.

W tej walce nie będziemy sami z młodzieżą. Pomogą nam władze, czynne siły społeczne, pomoże każdy, kto chce lepszej przyszłości dla narodu. Wspólnym wysiłkiem — także i na tym odcinku walkę wygramy.

POMOC SANITARNA SZWECJI

Wicemister Zdrowia prof. Dr Jerzy Morzycki po powrocie ze Szwecji oświadczył w wywiadzie prasowym, że Polska może liczyć na znaczną pomoc Szwecji w zakresie sanitarnym, w lekach i urządzeniach szpitalnych. Częściowo już otrzymaliśmy zapasy surowicy przecidyfterytycznej i preparatów sulfamidowych drogą lotniczą. W przyszłości większość darów przysyłana będzie statkami jadącymi do Gdyni po węgiel. Poza tym istnieją możliwości zakupu. Produkcja szwedzka odznacza się solidnością i nie uznaje namiastek, a wszystkie artykuły szwedzkie mają wysoką wartość. Z naszej strony możemy odwzajemnić się Szwecji dostarczając jej szczepionek

przeciwtyfusowych wyrobu polskiego. Dostawami ze Szwecji zajmować się będzie szwedzki „Komitet Pomocy Międzynarodowej“, na czele którego stoi prezes Sądu Najwyższego w Sztokholmie Eckeberg. Drugą organizacją, która przygotowuje pomoc dla Polski jest Szwedzki Czerwony Krzyż, na czele którego stoją: ks. Karol Bernadotte brat króla i hr. Volke-Bernadotte, kuzyn królewski. Otrzymamy przede wszystkim sprzęt sanitarny i leki.

Inną formą pomocy będzie szkolenie pielęgniarek-Polek przebywających w Szwecji; będą one następnie skierowane do Polski. Możliwy jest także przyjazd lekarzy i pielęgniarek szwedzkich do szpitali zachodniej Polski.

Szwedzi pragną również udzielić pomocy wydziałom lekarskim naszych uniwersytetów. Szwedzka „Organizacja Pomocy Akademickiej“ z prof. Nyströmem na czele, obiecuje nadesłać książki, czasopisma fachowe i przyrządy naukowe dla wydziałów lekarskich.

(W/g. Kur. Codz.)

Wrocław. Polski Czerwony Krzyż uruchomił we Wrocławiu szpital, dom noclegowy i kilka punktów sanitarno-informacyjnych. (Dz. P. 9. VII. 45).

* * *

W powiecie Brzesk na Śląsku odczuwa się znaczny brak lekarzy, aptekarzy i sanitariuszy. (Dz. P. 6. VIII. 45).

* * *

Warszawa. Sytuacja zdrowotna w wojew. warszawskim, omawiana była na zjeździe zwołanym przez Wojewódzką Radę Narodową w Pruszkowie, przy współudziale wojewódzkich władz zdrowia, i przedstawicieli P. C. K. Stwierdzono, że stan zdrowotny w wojew. warszawskim jest zły, a w powiatach północno-uachodnich poprostu katastrofalny. Pułtusk, Maków, Ostrołęka, Przasnysz znajdują się w rozpaczliwym stanie sanitarno-zdrowotnym. Lekarzy brak, a personek pomocniczo-lekarski jest zdezorganizowany. Znachorstwo święci tryumfy. Śmiertelność jest wielka, a groźba epidemii wzrasta. — Woj. Rada Narodowa i Woj. Urząd Warsz. przystąpi do odbudowy szpitali i ośrodków zdrowia, a P. C. K. zaopatrzy je w sprzęt, narzędzia lek. i leki. W teren uda się niezwłocznie odpowiednia komisja.

Władze wojewódzkie i P. C. K. apelują do lekarzy wolnopraktykujących i wszelkiego rodzaju pomocniczej służby sanitarnej o zapisywanie się do misji lekarskich, które udadzą się do zagrożonych terenów. Kandydaci winni rejestrować się w Wydziale Zdrowia Wojew. Urzędu Warsz. w Pruszkowie lub w P. C. K. Warszawa, ul. Piusa 24. Kandydaci otrzymają odpowiednie uposażenie i mieszkanie. (W/g K. C. z 7. VIII. 45)

AKADEMIA STOMATOLOGICZNA

W sprawie powołania do życia Akademii Stomatologicznej w Warszawie odbyła się narada u Ministra Oświaty Cz. Wycecha z udziałem Ministra Zdrowia dra Fr. Litwina, dr Bermanowej nacz. wydz. stomatologii i przedstawicieli zrzeszeń stomatologów.

W kołach lekarzy-dentystów dąży się do jak najszybszego otwarcia Akademii, która istniała ju ż dawniej jako jedyna tego rodzaju uczelnia. Ubytek lekarzy-dentystów wskutek wojny wpływa niezwykle ujemnie na stan zdrowotny społeczeństwa. W ubezpieczalniach lekarze-dentyści nie mogą nadążyć zgłoszeniom pacjentów, którzy muszą tygodniami wyczekiwać na przyjęcie

Inicjatorzy rychłego otwarcia Akademii Stomatologicznej w Warszawie zwrócili się do Ministra Oświaty z prośbą o wydanie dekretu upoważniającego prof. dr med. Mariana Zeńczaka do zorganizowania tej uczelni. (Kur. Codz.).

DEPARTAMENT KULTURY FIZYCZNEJ W MINISTERSTWIE ZDROWIA

W Ministerstwie Zdrowia odbyła się konferencja informacyjno-prasowa, w której wzięli udział: Minister Zdrowia dr Franciszek Litwin, prof. Michałowicz, doc. dr Reicher, lekarze, działacze i dziennikarze sportowi.

Min. Zdrowia m. innymi powiedział: „Nie ominiemy żadnej okazji, aby mieć wgląd w sprawy kultury fizycznej. W Ministerstwie Zdrowia powstanie Departament Kultury Fizycznej, którego celem będą prace naukowe w zakresie medycyny sportowej“.

Prof. Michałowicz zwrócił uwagę zebranych na ważne zagadnienia: a) wzmocnienie elementu lekarzy sportowych, b) zwiększenie kadr działaczy i instruktorów sportowych, c) propaganda sportu przez fachowe siły dziennikarskie.

Ścisła współpraca tych czynników rozłożona na długi dystans — zapewni kulturze fizycznej należyty rozwój.

Następnie wypowiadali się lekarze, działacze sportowi i dziennikarze sportowi. Na zakończenie konferencji Min. Zdrowia dr Litwin zapowiedział dalsze konferencje informacyjno-prasowe, których celem będzie utrzymanie ścisłego kontaktu między Min. Zdrowia a czynnikiem społecznym.

(Kur. Codz.)

Surowica przeciwbłonicza. Szwecja ma przysłać do Polski 10 milionów jednostek surowicy przeciwbłonicznej.

* * *

Nowa Naprawa. (Dolny Śląsk). Brak opieki lekarskiej (Dz. P. 10. VIII. 45).

* * *

Wrocław. We Wrocławiu jest już wielu lekarzy, którzy otrzymali gabinety z urządzeniami (Dz. P. 10. VIII. 45).

* * *

Zabrze. Miasteczko 130,000 mieszk. Czynna Ubezpieczalnia społeczna, w której zatrudnionych jest 8 lekarzy na ogólną liczbę około 30-tu zamieszkałych w Zabrzu. Lecznictwo ubezpieczeniowe w toku organizacji. Szpital U. S. na 250 łóżek w stanie nieuszkodzonym. Dotychczas zatrudnionych w nim jest personel pomocniczy niemiecki (200 Niemców, w tym 50 sióstr zakonnych). Miasteczko niezniszczone. Warunki mieszkaniowe nieuregulowane. W mieście jest ponad 70,000 Niemców. Drugi duży szpital w stadium organizacji. Ceny rynkowe równe krakowskim. Miasteczko pięknie położone, pełne ogrodów (W/g wywiadu redakcyjnego z Dr J. S.)

* * *

Bytom. Obecnie jest tam 50 osiadłych lekarzy. Ze względu na dużą ilość lekarzy, dalsze osiedlanie się jest w tej chwili niewskazane. Komisarzem organizacyjnym dla lecznictwa ubezpieczeniowego jest dla okręgu katowickiego Dr Jan Szumski. Kasy Brackie mają ulec likwidacji i zostać przejęte przez Ubezpieczalnie społeczne.

Miasto z centrum silnie zniszczonym. — Ceny rynkowe cokolwiek wyższe niż w Krakowie. (W/g wywiadu red. z Dr J.S.)

* * *

Elbląg. W tej chwili osiadłych tam jest 9 polskich lekarzy i 4 niemieckich. Organizuje się szpital powiatowy i miejski. Zaprowiantowanie miasta i komunikacja utrudnione. (W/g wywiadu red. z Dr J. S.).

* * *

Drawsko. Miasteczko powiatowe na Pomorzu Zach. Zupełny brak lekarzy. W całym powiecie tylko 1 rosyjski lekarz. Ludność prawie wyłącznie niemiecka. Warunki wyżywienia dobre. (W/g wywiadu red. z Dr J. S.).

* * *

Na Dolnym Śląsku brak lekarzy polskich. Na 40 powiatów jest obecnie zaledwie 14-tu lekarzy polskich.

(Dz. P. 27/8 45)

* * *

Jelenia Góra. Do cieplic w Jeleniej Górze i okolicy napływają transporty dzieci, które w tut. sanatoriach znajdują idealny wypoczynek.

* * *

Warszawa. Pomoc UNRRA. Przedstawiciele UNRRA w osobach gener. przedstawiciela Dr Franciszka Weissl'a (Czechosłowacja) i pułk. Dr Henry Holle (U. S. A.), kierownika wydziału zdrowia, wspólnie z przedstawicielami polskiej komórki UNRRA w Mtwie Handlu i Żeglugi (dyr. Modzelewski i Ziemiński) odbyli dn. 3. VIII b. r. naradę z Ministrem Zdro-

wia w sprawie dostarczenia Polsce najpotrzebniejszych leków, aparatów i sprzętu sanitarnego. Ustalono zasady transportu przez polskie porty i rozdział leków oraz urządzeń szpitalnych. Minister zdrowia, Dr Fr. Litwin przedstawił ciężką sytuację służby zdrowia, zniszczenie szpitali, brak łóżek, pościeli, leków, szerzenie się chorób zakaźnych, gruźlicy i niedobór kilku tysięcy lekarzy. Dr Holle zapewnił, że Polska liczyć może na pomoc większą nawet niż się spodziewa. Ameryka może przysłać nawet lekarzy, pielęgniarki, sprzęt, leki i mleko kondensowane dla dzieci. Spisane zostaną odpowiednie umowy. Na razie przychodzą transporty poprzednio przygotowane.

Narada w Mtwie Zdrowia trwała zaledwie 50 minut, w ciągu których załatwiono zasadniczo sprawy ogromnej wagi dla zdrowotności publicznej. Zapotrzebowanie będzie pokryte przez dostawy wielomilionowej wartości. Minister Zdrowia zgłosił m. i. zapotrzebowanie na leki przeciwweneryczne, surowicę, aparaty roentgenowskie, mikroskopy, strzykawki, witaminy i preparaty wapniowe, urządzenia szpitalne i laboratoryjne; ambulanse, karetki pogotowia, zmotoryzowane wozy dla kolumn dezynfekcyjnych, motocykle dla lekarzy itd. Leki zostaną przysłane po ustaleniu kolejności dostaw. Te środki, które są już gotowe na rynku zagranicznym, będą przysłane w ciągu 2 miesięcy, inne w terminie 6 mies. od daty zamówienia. Transporty będą obecnie kierowane do portu gdańskiego. Przedstawiciele UNRRA interesowali się, jaki materiał leczniczy doszedł już do Polski w przesyłkach ogólnych. Otrzymane szczepionki przeciwtyfusowe i strzykawki poszły do Katowic i Łodzi. Z Przesyłek UNRRA do Łodzi, Katowic, Sosnowca, Chorzowa i Radomia, część pozostawia się na miejscu, a większość odchodzi do Warszawy, gdzie Mtwo Zdrowia przeprowadza podział na cały kraj. Surowiec przechowuje się w chłodniach. (W/g K. C. z 8. VIII. 45).

O BADANIA LEKARSKIE REPATRIANTÓW

Ze Wschodu i Zachodu przybywają do Polski codziennie setki i tysiące repatriantów.

Te wędrówki trwać będą jeszcze przez szereg miesięcy. Przewidując związane z tym okoliczności, Zrzeszenie Lekarzy Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie uderzyło na alarm z powodu grozy zawleczenia do Polski nowych chorób zakaźnych i zwraca się do Ministerstwa Zdrowia w sprawie zorganizowania badania sanitarnego w punktach wjazdowych do kraju.

Każdy repatriant — żądają lekarze — powinien być badany przez lekarza polskiego. Człowiek chory, wracający do kraju, musi być kierowany do leczenia, nie do ciężkiej, ponad siły, pracy. Tymczasem wpuszcza się do kraju ludzi, o których nie wie się, czy są zdrowi i nikt się tym nie interesuje. Polska powinna zastosować u siebie słuszne przepisy międzynarodowe emigracyjno-imigracyjne, nakazujące badania lekarskie mas ludności migrującej. (Kur. Codz. 19. VIII. 45).

Na Akademii Lekarskiej w Gdańsku uruchumiono 1-szy kurs wydziału lekarskiego. W stadium organizacji znajduje się wydział farmaceutyczny.

* * *

W Gdyni rozpoczęła pracę Poliklinika Garnizonowa przy Szpitalu Morskim.

P. C. K. otrzymał 14.000 porcji surowicy przeciwbłoniczej i przeciwtężcowej jako dar obywateli wysp brytyjskich, którzy złożyli datki na „Fundusz Pomocy Warszawie" zorganizowany przez Lady Sinclair. Surowica przesłana została dwoma samolotami R. A. F.

* * *

Lecznictwo ubezpieczeń społ. — Minister O. S. Jan Stańczyk w wywiadzie prasowym oświadczył, że „oddzielenie lecznictwa od działu emerytalnego ubezpieczeń społecznych nie nastąpi. Ministerstwo dąży do możliwie największego scalenia wszystkich rodzajów ubezpieczeń, które mają zapewnić pracującym pomoc i opiekę w czasie choroby czy też niezdolności do pracy skutkiem choroby lub inwalidztwa". Nie chcemy powtarzać starych błędów, które widzę w tworzeniu szeregu odrębnych instytucji ubezpieczeniowych kłócących się między sobą o to, która i w jakim wypadku ma udzielać pomocy ubezpieczonym. W dodatku istnienie odrębnych wzgl. zbyt luźnie ze sobą powiązanych instytucji ubezpieczeniowych, to masa urzędników i nadmiar urzędowych papierków. Ubezpieczony zaś gubi się w lesie różnorakich przepisów i odsyłany jest od jednej instytucji do drugiej, w końcu zniechęcony zaklnie i zrezygnuje ze swoich słusznych praw. Dla społeczeństwa jest całkiem obojętne z jakiego tytułu korzysta niezdolny do pracy człowiek z pomocy. Społeczeństwo bowiem przyjmując na siebie obowiązek oddania pewnej części dochodu społecznego na zapewnienie bytu starcom albo chorym nie jest zainteresowane w tym, aby ustalać te tytuły i zależnie od nich szereg instytucji, lecz by potrzebujący pomocy otrzymał ją szybko i w sposób prosty oraz by fundusze, które idą na opiekę społeczną nie były zbytnio obciążone bezproduktywnymi kosztami administracyjnymi. (W/g Dz. P. z 4. IX. 45).

Przyp. Red. Sprawa włączenia lecznictwa ubezpieczeniowego w resort zdrowia posiada olbrzymie znaczenie dla prowadzenia jednolitej polityki zdrowotnej w kraju, a ponieważ społeczeństwu nie zależy na tym, z jakiego tytułu korzysta z pomocy, rozwiązanie tej sprawy w interesie zdrowotności publicznej nie powinno natrafiać na trudności.

ZJAZD LEKARZY W ŁODZI

W Łodzi obradował ogólno-polski zjazd lekarzy, którego celem było omówienie zorganizowania opieki lekarskiej na wsi. Na zjeździe obecny był minister Zdrowia dr Litwin oraz prezes Stronnictwa Ludowego Bańczyk.

W toku obrad wygłosił przemówienie min. Litwin. „Zdaję sobie sprawę — mówił on m. in. — ze znikomości służby zdrowia na wsi. Życzyłbym sobie, aby poza wysunięciem braków, zjazd szukał nowych dróg dla rozwiązania zagadnień związanych ze zdrowiem narodu. Traktuję wasze obrady, jako pomoc dla Ministerstwa Zdrowia".

W referacie zasadniczym na temat opieki lekarskiej na wsi, dr Kacpczak stwierdził, że nie można czekać, aż Polska będzie miała tylu lekarzy, by odpowiednia ich ilość mogła się osiedlić na wsi. Narazie więc problem opieki lekarskiej na wsi należy rozwiązać przez racjonalne i planowe rozmieszczenie lekarzy w terenie. Lekarz winien wykonywać tylko te zabiegi, które wymagają jego wysokich kwalifikacji. Wszelkie inne czynności winien spełniać personel pomocniczy, na którego szkolenie wystarczy kilka miesięcy.

W dalszym ciągu zjazdu omówiono palące problemy, od rozwiązania których zależy podniesienie zdrowotności wsi. Do nich należy opieka lekarska nad matką i dzieckiem, walka z gruźlicą, leczenie chorób wenerycznych i wreszcie zwalczanie jaglicy. Duże znaczenie ma również walka z alkoholizmem, szerzonym na wsi świadomie przez okupanta.

Zjazd wysunął szereg dezyderatów i wniosków, które przedłożone zostaną Ministerstwu Zdrowia.

(Dz. P. 24/8 45).

UCHWAŁY ZRZESZENIA LEKARZY UBEZPIECZALNI SPOŁECZNEJ W WARSZAWIE

Na nadzwyczajnym walnym zgromadzeniu Zrzeszenia Lekarzy Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie, w niedzielę dnia 12 VIII b. r. przyjęto jednogłośnie wniosek zarządu, domagający się zjednoczenia ubezpieczeń chorobowych, wypadkowych i inwalidzkich w jednym resorcie Ministerstwa Zdrowia, przekształcając je na Ministerstwo Zdrowia i Ubezpieczeń Społecznych.

Motywem tej inicjatywy jest fakt, że „stosunki zdrowotne, panujące na odcinku pracy, zwłaszcza w stolicy, wymagają najrychlejszej poprawy". Stan rzeczy obecny wykazuje „całkowite niedopatrzenie i lekceważenie spraw zdrowia, oraz brak kompetencji ze strony tych w resorcie państwowym czynników, którym są powierzone".

Dotychczas Ubezpieczalnie Społeczne należały do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej. Stosunki lekarzy, jako czynnika fachowego i społecznego lecznictwa, z zarządem Ubezpieczalni wywoływały jeszcze przed wojną szereg głębszych zadrażnień. (K. C.).

NIERESPEKTOWANIE UMOWY ZBIOROWEJ PRZEZ UBEZPIECZALNIĘ

W Ubezpieczalni Społecznej zarysował się głębszy konflikt między zarządem, a lekarzami, którzy gremialnie wystąpili przeciw istniejącym stosunkom i zażądali włączenia lecznictwa Ubezpieczeniowego do Ministerstwa Zdrowia.

Zadawnione spory domowe.

Od szeregu lat, jeszcze przed wojną, lekarze Ubezpieczalni nie mogli pogodzić się z atmosferą, panującą w instytucji i przypisywali ją przewadze żywiołu administracyjnego, biurokracji, która nie rozumie społecznych zadań lekarzy, nie liczy się z zawodowymi koniecznościami ich pracy itd. Na tym tle wynikało wiele sporów „domowych" i odnowiły się one obecnie. Ostatnie zaognienie stosunków łączy się z nierespektowaniem umowy zbiorowej lekarzy Ubezpieczalni z maja 1939 roku przez zarząd. Zarząd nie respektuje obowiązku podpisu lekarza naczelnego na zarządzeniach, odmawia lekarzom zasiłku jednorazowego pod pretekstem, że nie są oni „pracownikami" Ubezpieczalni, jak urzędnicy, mają bowiem umowę zbiorową, a poza tym... dochody z praktyki prywatnej.

Krzywda moralna.

Sofistyka ta wywołuje niezadowolenie lekarzy, najboleśniej jednak dotyka ich niezaliczenie im czasu pracy w okresie powstania w Warszawie 1944 roku, oraz w momentach przełomowych odradzającej się państwowości. Jaką była praca lekarzy, ciężka, niebezpieczna i ofiarna w tych czasach — wie całe społeczeństwo — trudno nie odczuć krzywdy moralnej, wyrządzonej lekarzom takim stanowiskiem Zarządu Ubezpieczalni.

Te i inne krótkie spięcia wyładowały się w nadzwyczajnym zebraniu Zrzeszenia Lekarzy Ubezpieczalni Warszawskiej w dniu 15 VIII. Żądano dotrzymania umowy zbiorowej, akceptowanej przez nadrzędne czynniki rządowe, domagano się reaktywowania Rady Lekarskiej w Ubezpieczalni oraz przyznania koniecznej pomocy materialnej lekarzom, którzy nie będą w możności własnym kosztem utrzymać, ani opalić w zimie gabinetów przyjęć dla chorych.

Równocześnie podkreślano brak energii zarządu w ściąganiu składek, należnych Ubezpieczalni od dużych instytucji.

Tworzenie zwartych organizacji.

Pozytywnym wynikiem zebrania lekarzy jest uchwała, aby jak najszybciej zorganizować Ogólnopolski Związek Lekarzy Ubezpieczalni Społ. Następnym szczeblem akcji będzie Powszechna Organizacja Lekarzy R. P., która z kolei weszła by w skład org. Powsz. Sł. Zdrowia w Polsce, obejmującej obok lekarzy inne zawody: felczerów, akuszerki, pielęgniarki i jako blok przynależnej do Centralnej Komisji Związków Zawodowych.

Wykonanie uchwał polecono zarządowi Zrzeszenia, na czele którego stoi dr Miłosz Grodecki, przewodniczący i dr Jerzy Wilczyński, sekretarz. Zebraniu przewodniczył dr Martyński (Kr). (Kur. Codz.)

POWSZECHNA SŁUŻBA ZDROWIA

W demokratycznych kołach lekarzy jeszcze przed wojną („Zjednoczenie Lekarzy"), a następnie w warunkach okupacyjnych („Koło Lekarzy Socjalistów"), opracowane były projekty Powszechnej Służby Zdrowia w Polsce, oparte o zasadę, że ochrona zdrowia wszystkich obywateli powinna być zapewniona przez Państwo, a więc powszechna, jednolita i bezpłatna.

Obecnie, dzięki przywróceniu Ministerstwa Zdrowia, powstały warunki urzeczywistnienia tego ideału społecznego w skali państwowej. Podjęła tą sprawę komisja planowania przy Izbie Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, przyjmując, jako podstawową komórkę organizacyjną w większych ośrodkach — szpital wojewódzki lub powiatowy, połączony z Ośrodkiem Zdrowia, w gminach zaś — Ośrodek Zdrowia połączony z Izbą Chorych. Kierownictwo tej Służby Zdrowia sprawować będą lekarze, którzy łączą umiejętność klinicysty z umiejętnościami społecznika.

Jednakże w tej chwili jeszcze nie stać ani Państwa, ani społeczeństwa na to, aby każdy obywatel był leczony bezpłatnie. Nie ma dostatecznych środków finansowych, ani dość lekarzy przygotowanych do tego typu pracy. Dlatego w dyskusji, przeprowadzonej niedawno w Izbie Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej pod przewodnictwem prezesa dra Baci, zgodzono się na przyjęcie programu przejściowego, który byłby pomostem od możliwości dzisiejszych do pełnej realizacji Powszechnej Służby Zdrowia.

W pierwszym etapie — w myśl projektu dra Jana Rutkiewicza, szefa Resortu Zdrowia i Opieki Społecznej m. st. Warszawy — należy stworzyć Ogólnopaństwowy Społeczny Zakład Lecznictwa i Zapobiegania, skupiający środki finansowe Państwa, Ubezpieczalni Społecznej i samorządów. Umożliwi to związanie akcji i oszczędniejsze, celowe wykorzystanie sił fachowych lekarzy i personelu sanitarnego dla co raz to szerszych kręgów ludności miast i wsi.

Wobec braku lekarstw i szerzenia się lichwy aptekarskiej, państwo i samorządy będą musiały się starać o stworzenie własnego aparatu produkcji i rozdziału leków.

Rozsiedlenie lekarzy na terenie kraju powinno być w tym pierwszym etapie nie przymusowe, lecz oparte na stworzeniu dla nich odpowiednich warsztatów pracy (szpitali i ośrodków zdrowia), w których będą mogli oddać najlepsze usługi społeczeństwu. (Kur. Codz. 18/8 45).

ZJAZD LEKARZY NACZELNYCH

Łódź. Odbył się zjazd lekarzy naczelnych i dyrektorów Ubezpieczalni Społecznych, na którym omawiano sprawy związane z ulepszeniem lecznictwa. Wiceminister Pracy i O. S. Gebartowski wysuwał postulat zjednoczenia lecznictwa w całym kraju i objęcia nim wszystkich warstw społecznych, między innymi wsi. Wiceminister Zdrowia dr Morzycki omawiał sprawę udostępnienia lecznictwa każdemu obywatelowi w oparciu o organizację ubezpieczeń na wypadek choroby. Stwierdzono brak prawie 50% lekarzy w stosunku do liczby przedwojennej. Konieczne jest należyte wykorzystanie pozostałych. Dyrektor Dep. Min. Pracy i Op. Społ. Altman zapowiedział dążenie Mtwa do utworzenia jednolitej organizacji lecznictwa. Wkrótce 40% ludności będzie podlegać ubezpieczeniom społecznym. Utworzenie samorządu ubezpieczeniowego pozwoli na stałą współpracę z organizacjami zawodowymi. Przyczyni się to do odbiurokratyzowania aparatu ubezpieczeniowego i przystosowania go do istniejących potrzeb.

Dr H. Mierzecki, nacz. Wydziału higieny pracy w Mtwie Zdrowia, podkreślał konieczność roztoczenia jak najlepszej opieki nad pracą, tym jedynym kapitałem pracownika. Omawiał przerost administracji i zaniedbania w dziedzinie lecznictwa. Ta polityka czynników pozalekarskich podrywała dobrą opinię lekarzy ubezpieczeniowych.

Nacz. wydziału kontroli St. Biernat stwierdził, że narzekania ubezpieczonych nie zawsze są uzasadnione. Nie instytucja, lecz jej pracownicy ponoszą winę, jeśli przez swe zaniedbania lub złą wolę urabiają instytucji złą opinię.

Zjazd podkreślił konieczność podjęcia walki z chorobami zawodowymi i poznawania przez lekarzy warunków pracy.

Dr Kunicki podniósł brak w kraju choćby jednej kliniki chorób zawodowych i choćby jednej katedry medycyny społecznej względnie higieny pracy.

Lekarze obecni na zjeździe opisywali olbrzymie trudności przy zdobywaniu leków. Brak własnych wytwórni i aptek zmusza instytucję i ubezpieczonych do zakupywania leków po wysokich cenach rynkowych. Upominali się o rozdział leków przysłanych przez UNRRA pomiędzy ubezpieczalnie i szpitale.

Uskarżano się na dotkliwy brak szpitali i urządzeń szpitalnych oraz brak lekarzy na terenach zachodnich, gdzie w niejednej miejscowości do dziś dnia musi się zatrudniać lekarzy niemieckich i pielęgniarki niemieckie, nie znających nawet języka polskiego!

Skarżono się na zaległości składkowe ze strony pracodawców, co utrudnia działalność instytucji w wysokim stopniu. Mimo trudności finansowych nie przewiduje się jednak podwyższenia składek.

Przyp. Red. Przy tej okazji warto przypomnieć, jak to w okresie sławetnej „reorganizacji lecznictwa" (r. 1934/35), po uprzednim zniesieniu samorządów ubezpieczeniowych likwidowano placówki chorób zawodowych (np. oddział chorób zawodowych skóry przy sanatorium Okr. Związku Kas Chorych we Lwowie, prowadzony przez dra Mierzeckiego). Istnieje uzasadniona nadzieja, że w obecnych warunkach takie *curiosa* się nie powtórzą.

Mamy nadzieję, że nie powtórzy się też *curiosum*, że zaległości składkowe zostaną przedsiębiorcom umorzone. Przed wojną zaległości te umarzano w dziesiątkach milionów, co

podcięło zdolność świadczeniodawczą ubezpieczeń społecznych w wysokim stopniu. Składka jest własnością instytucji, jest integralną częścią składową zarobku i przetrzymywanie składek równa się zatrzymywaniu wynagrodzenia a nawet sprzeniewierzeniu publicznych pieniędzy.

Przyp. Red. Już po zamknięciu num. wpłynęło sprawozdanie Dr M. Ciećkiewicza ze zjazdu. Z braku miejsca odkładamy je do Nr 5.

Wrocław. Wydział medyczny Uniwersytetu we Wrocławiu rozpoczyna działalność już z początkiem bieżącego roku. Z 40 budynków zniszczonych jest około 30%.

Pomoc Szwajcarii dla Polski. Szwajcarski Komitet koordynacji i pomocy dla Polski (Zürich) przeznaczył na pomoc materialną dla Polski w dziedzinie zdrowotności kilkadziesiąt milionów franków szwajc. Mężem zaufania tego Komitetu na Polskę został prof. dr Mieczysław Michałowicz.

NA WZNOWIENIE „PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO" ZŁOŻYLI:

(c. d.)

500 zł

Dr dr Kowalczyk Jan i Janina — Kraków.

200 zł

Dr Temecki Tadeusz — Nowy Targ. Dr Bordziłowski, dr Korodko — Kozienice.

100 zł

Prym. dr K. Karelus, dr Jaworski Władysław, dr Janotka Henryk, dr Miś Marian, dr Merz Marian. dr Małkiewicz Edward, dr Landy M. — Kraków.

Pow. Chrzanów:

Dr Klaczak Antoni, Szczakowa; dr Miklaszewski Mieczysław, dr Fedach Wiktor, dr Lorenz Wanda, dr Biłyk Bogdan, Jaworzno; dr Kumielowski Jan, dr Babrzyński Władysław, dr Schimmer Seweryn, dr Heftman Władysław, dr Paczowska Janina, Chrzanów; dr Kuchta Jan, Siersza.

Pow. Myślenice:

Dr Wydrowicz Józef, Łutkowice; dr Lesicki Eugeniusz, dr Markowski Adam, Dobczyce; dr Boryczko Aleksander, dr Boryczko Stanisław, dr Szumski Władysław, Myślenice.

Pow. Mielec:

Dr Berger Eugeniusz, dr Cięciała Teodor, dr Frank Apolinary, dr Gawęda Lucjan, dr Płonka Władysław, dr Lipski Klaudiusz, dr Maraszewski Stanisław, dr Pietrzykowski Jan, dr Sznol Eugeniusz, dr Raczek Wiktor, dr Kasprowicz Tadeusz, dr Piskozub Czesław, Mielec.

Pow. Nowy Sącz:

Dr Bogusz Stanisław, dr Czułowski Eugeniusz, dr Decowski Bronisław, dr Dolnicki Roman, dr Krzyniecki Józef, dr Kozaczka Adam, dr Kuśnierczyk Wacław, dr Lankosz Józef, dr Maciak Franciszek, dr Markowski Władysław, dr Rachny Jerzy, dr Rajca Stanisław, dr Migdałowa Stanisława, dr Śmieszek Jan, dr Stuchły Helena, dr Szymanek Zdzisław, Nowy Sącz.

Pow. Nowy Targ:

Dr Gardzielowicz Zenon, dr Górska Natalia, dr Krupiński Tadeusz, dr Mech Władysław, dr Pawski Zygmunt, dr Przetacznik Jan, dr Spieszny Józef, dr Szczerba Józef, dr Baranowski Tadeusz, Nowy Targ.

Pow. Ostrowiec Świętokrzyski:

Dr Kawiński Jerzy, dr Kotowicz Irena, dr Ducateau Henryk, dr Brandt Maria, dr Filus Zygmunt dr Fitzner Adam, dr Foremniak Aurelia, dr Machowska Zofia, dr Metelski Norbert, dr Morawiecki Maciej, dr Wagner Bronisław, dr Węgliński Zygmunt, dr Samulik Maria, dr Kwiatkowski Antoni, dr Smoliński Zbigniew, dr Bilski Albin, Ostrowiec Świętokrzyski.

Pow. Biała:

Dr Suknarowski Franciszek — Kęty. (c. d. n.)

Sprostowanie nurmeracji stronic:

Odbiorcy pisma zechcą w Nrze 2 sprostować we własnym zakresie numerację stronic, zaczynając od stronicy 21 a kończąc na 44.

Rok I Seria II Kraków Nr 5 (1 września 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11a m. 11
Tel. 543-16
Konto P. K. O. Nr IV-310

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie Redaktor odpowiedzialny: dr J. Hozer

Rok I Seria II Kraków Nr 5 (1 września 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja: Kraków, Krupnicza 11a m. 11 Tel. 543-16 Konto P. K. O. Nr IV-310

Komitet Redakcyjny: przew. prof. dr J. Kostrzewski Człon.: dr O. Anselm, dr M. Ciećkiewicz, dr J. K. Gołąb, dr J. Hozer, doc. dr H. Kowarzyk, prof. dr M. Rutkowski, prof. dr Fr. Walter — Kraków, prof. dr W. Orłowski — Warszawa, prof. dr F. Przesmycki — Łódź

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie Redaktor odpowiedzialny: Dr J. Hozer

EMIL GODLEWSKI

Śp. Godlewski urodził się w r. 1875 w Hołosku pod Lwowem. Większość swego życia spędził w Krakowie. Tutaj ukończył Wydział lekarski (1899 r.) i po dalszych studiach zagranicą, w Monachium i Kołoszwarze, został w 36-tym roku życia profesorem zwyczajnym biologii i embriologii. W tym samym roku został członkiem korespondentem Polskiej Akademii Umiejętności, a w 6 lat później, w r. 1918 jej członkiem czynnym.

Działalność śp. Godlewskiego można podzielić na trzy okresy: w pierwszym który zaczyna się jeszcze przed ukończeniem studiów lekarskich i trwa aż do wybuchu wojny w r. 1914, poświęca się z zapałem wyłącznie pracy naukowej. Rozpoczyna ją pod kierunkiem prof. Kostaneckiego badaniami nad kariokinezą. Później, w Monachium, wykonał wielokrotnie cytowaną pracę nad histogenezą mięśni prążkowanych i mięśnia sercowego zwierząt ssących. W latach następnych wyjeżdżał do stacji zoologicznej w Neapolu i pracował nad regeneracją oraz nad zapłodnieniem krzyżowym jeżowców i liliowców. W badaniach tych, które zapewniły mu wielki rozgłos, starał się wyjaśnić rolę protoplazmy w procesie dziedziczenia. W owym czasie uważano na ogół, że przenoszenie cech dziedzicznych dokonuje się wyłącznie przez substancje jądrowe, ściślej chromosomy komórek rozrodczych, a rolę protoplazmy pomijano. Godlewski przekonał się, że bezjądrowe fragmenty jaj jeżowca zapłodnione plemnikami liliowca mogą się rozwijać, choć w niewielkim procencie, aż do gastruli i ujawniają się wtedy cechy matczyne. Na podstawie tych doświadczeń wypowiedział pogląd, że protoplaźmie nie można odmawiać pewnego znaczenia w przenoszeniu cech dziedzicznych. Praca ta wywołała bardzo ożywioną dyskusję w światowej literaturze biologicznej.

W dalszym ciągu prof. Godlewski pracował nad stosunkiem plazmo-jądrowym, jako też nad oddziaływaniem wzajemnym komórek rozrodczych pochodzących z różnych gatunków. Stwierdził przy tym, że sperma różnych gatunków oddziaływa na siebie antagonistycznie i wywiera działanie zbliżone do aglutynacji. Do problemu tego powracał jeszcze wielokrotnie w późniejszych pracach.

Dowodem uznania, jakie prace powyższe zjednały Godlewskiemu zagranicą, było zaproszenie do współpracy w wielkich zbiorowych wydawnictwach dla których dwukrotnie pisał monografie o fizjologii rozrodu.

Nadszedł r. 1914 i I. Wojna Światowa, a z nią rozpoczął się dla śp. Godlewskiego drugi okres działalności poświęcony pracy przede wszystkim społecznej. Zajęcie znacznej części Galicji przez wojska rosyjskie w 1914 i 1915 r. spowodowało masową ewakuację ludności, a w związku z tym choroby i epidemie. Dla doraźnego zaradzenia złemu Ks. metropolita Sapieha założył Książęco-Biskupi Komitet Pomocy, w którym Godlewskiemu powierzył Sekcję Sanitarną. Prof. Godlewski oddał się na usługi nowo stworzonej placówki. Zorganizował ruchome kolumny sanitarne K. B. K., szczepienie ospy dla kilku milionów ludzi, walkę z tyfusem plamistym, brzusznym, cholerą, czerwonką, jaglicą i gruźlicą. Dla zwalczania chorób założono ośrodek przeciwgruźliczy dla dzieci w Zakopanem i przeciwjagliczy, również dla dzieci, w Oświęcimiu.

Po powstaniu Państwa Polskiego kolumny sanitarne wraz z całym inwentarzem zostały przekazane Rządowi Polskiemu, a zakłady dziecięce, po likwidacji K. B. K. Uniwersytetowi Jagiellońskiemu. Dla prowadzenia tych zakładów utworzono z ramienia Uniwersytetu Kuratorium, którego przewodniczącym został prof. Godlewski.

Z wiosną 1920 r. Rząd Polski wzywa go do zorganizowania walki z epidemiami na terenie całej Polski. Godlewski wahał się, zdając sobie sprawę z ogromu czekających go zadań, i z konieczności zaniechania pracy naukowej. Na decyzję wpłynęła rada ojca Profesora Emila Godlewskiego sen., który osą-

dził, że ważniejszą jest ochrona zdrowia tysięcy ludności zagrożonych epidiami od osobistej pracy naukowej. Na stanowisku Naczelnego Komisarza do walki z epidemiami rozwinął śp. Godlewski pełnię swych talentów organizacyjnych i wyjątkowej energii. Naczelny Komisariat był organizacją wielką, mającą do swej dyspozycji wszelkie środki Państwa i pomoc Ligi Narodów. Personel lekarski, pomocniczy i administracyjny podległy prof. Godlewskiemu dochodził do 10.000 ludzi. Do zadań Komisariatu należała walka z tyfusem plamistym, który wówczas szerzył się w zastraszający sposób, tyfusem brzusznym, czerwonką i innymi chorobami zakaźnymi rozwleczonymi po Polsce przez wojnę. Praca w Naczelnym Komisariacie pochłaniała wszystkie siły i cały czas prof. Godlewskiego, ale doprowadziła szybko do zlokalizowania i opanowania epidemii; zapewniła mu też najwyższe uznanie zarówno swoich jak i Komisji Epidemicznej Ligi Narodów, która z całą akcją zapoznała się na miejscu. Dopiero kiedy epidemie przygasły prof. Godlewski ustąpił z Nadzwyczajnego Komisariatu i powrócił do zajęć uniwersyteckich.

Rozpoczyna się teraz trzeci okres działalności prof. Godlewskiego. Pozostaje wprawdzie przy pracy uniwersyteckiej i naukowej, ale nie poświęca im wyłącznie całych swych sił jak przed wojną. Pociąga go również praca społeczna, do której wobec rezultatów działalności w Nadzwyczajnym Komisariacie ze wszystkich stron go powoływano.

W tym okresie wydał podręcznik ogólnej embriologii zwierząt kręgowych. Podczas wyjazdów do stacji zoologicznej w Roscoff we Francji i w Neapolu pracował nad problemem inaktywacji plemników jeżowców przez spermę innych gatunków. Pracował również nad istotą czynników wywołująch regenerację i brał udział w wydawnictwach międzynarodowych. W czasie ostatniego pobytu w Neapolu rozpoczął badania nad wpływem heteroauksyn na rozwój jeżowców. Praca ta nie została już ukończona. Ponadto bardzo dużo czasu poświęcił drugiemu wydaniu podręcznika embriologii. W r. 1939 rękopis został ukończony, druk przerwało zajęcie Krakowa przez Niemców.

Śp. Godlewski zdołał zebrać duże fundusze na budowę w Zakopanem na Bystrem wielkiego zakładu dla gruźlicy kostnej i gruczołowej u dzieci obliczonego na 300 pacjentów. Zakład jagliczy przeniesiony z Oświęcimia do Witkowic pod Krakowem i umieszczony w barakach wojskowych, rozwinął się szybko na jedyny w Polsce wielki zakład dla leczenia jaglicy u dzieci na 400 osób. W obu tych zakładach zorganizował Godlewski szkoły dostosowane do warunków leczenia i kładł wielki nacisk na wychowanie dzieci, pochodzących przeważnie z warstw najuboższych.

W r. 1936 istniejąca od lat 50 fundacja zakładu dla dzieci w Rabce rozwiązała się i przekazała zakład Uniwersytetowi. Prof. Godlewski podjął pracę nad zreorganizowaniem tego zakładu i połączeniem go w jedną organiczną całość z zakładem na Bystrem.

Chęć ukończenia budowy zakładów i zapewnienia im trwałych podstaw organizacyjnych skłoniła śp. Godlewskiego do udziału w życiu politycznym w charakterze senatora Rzeczypospolitej.

W r. 1942 śp. Godlewski zachorował na różę i mimo pozorów nie wrócił już do pełnego zdrowia. W rok później zachorował na zapalenie mózgu. W dniu 25 IV 1944 po ataku apoplektycznym zakończył życie.

Prof. Godlewski należał do ludzi szczęśliwych, jak sam powiedział o sobie z okazji otrzymania nagrody naukowej miasta Warszawy. Życie wypełnione po brzegi niezmordowaną pracą przynosiło mu uznanie swoich i obcych i wiele wysokich odznaczeń i zaszczytów. Wśród nich jednym z najwyższych było mianowanie Go, jako jedynego Polaka, członkiem Papieskiej Akademii Umiejętności, otwartej w r. 1936. Śp. Godlewski posiadał w wyjątkowym stopniu rys, który najlepiej można by określić jako aktywną dobroć; nie ograniczał się do głębokiego odczucia każdego cierpienia gdziekolwiek je spotkał, ale sam, nie proszony, z całą gotowością spieszył na pomoc, nie myśląc o sobie i nie dbając o swój trud. Ten rys charakteru był Jego zasadniczą postawą w stosunku do pracy społecznej a zwłaszcza do pracy dla dzieci. Tylko ci, co z Nim najbliżej współpracowali, mogli to w pełni ocenić. Pozostawił po sobie dorobek trwały, w postaci własnej karty w historii rozwoju nauk biologicznych i w postaci zakładów leczniczych Uniwersytetu Jagiellońskiego. Niezatarty żal pozostawił w sercach tych wszystkich, którym niósł ofiarną pomoc. *Prof. Dr St. Smreczyński*

PRACE ORYGINALNE

Prof. dr KSAWERY LEWKOWICZ Kraków

Choroba gruźliczo-gośćcowa

Z Kliniki dziecięcej Uniwersytetu Jagiellońskiego

(c. d).

5. Właściwości zarazka

Hübschmann (r. 3) podnosi, że właściwe osądzenie całkowitego procesu gruźliczego jest niemożliwe bez uwzględnienia szczególnych właściwości prątka Kochowskiego. Stałem od dawna na podobnym stanowisku i dlatego wydawało mi się tak zupełnie nieprawdopodobne, odnoszące się do etiologii gośćca — idące po linii wniosków Klingego (r. 12) — twierdzenie Bergera (s. 316, 448, 452, 507 i i.), jakoby prątek gruźliczy miał w niej tylko takie znaczenie, jak jakikolwiek ziarenkowiec ropotwórczy, albo nawet antygen białkowy, tj. jakoby był on tylko fakultatywnym zarazkiem gośćcowym. (L. p 7, r 681). Jako szczególne własności prątka wymienia Hübschmann: 1) jego ograniczoną jadowitość dla człowieka i 2) jego od przepojenia istotami woskowatymi zależną, wysoką oporność wzglę-

dem wszelkich wpływów, które są uzdolnione szybko uszkadzać i zabijać niektóre inne drobnoustroje.

Co do niskiej wrzekomo jadowitości prątka, to muszę podnieść, że Hübschmann (s. 108), jak o tym będzie niżej mowa (r. 10.), działania przeważnie jadowego dopatruje się m. i. w odczynach wysiękowych, prowadzących do masowych zserowaceń, gdy tymczasem chodzi wtedy, jak np. w I-ej fazie tworzenia się żespołu pierwotnego, o organizm jeszcze normergiczny, w którym zatem działanie jadowe prątka nie może się uwydatnić, gdyż nieuodporniony jeszcze organizm nie potrafi w większej mierze sprowadzić bakteriolizy prątka i uwolnić jego endotoksyn, a jady te, o ile są przecież w pewnej minimalnej ilości uwalniane, nie mogą wywołać większych skutków, gdyż działają na tkanki dopiero uczulające się, ale jeszcze nieuczulone. Jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę — czego Hübschmann nie mógł uczynić, gdyż się nie liczył z możliwością, że te sprawy są przynależne do gruźlicy — odczyny hiperergiczne powstające wtedy, gdy ustrój przechodzi w stan wysokiego uodpornienia i uczulenia, a więc w szczególności w rumieniu siniakowatym, albo w ostrym gośćcu, to wcale nie dojdziemy do wniosku, jakoby jadowitość prątka, czy powstającego z niego kokkoida mogła być oceniana jako względnie niska.

Co do wysokiej oporności prątka, zależnej od jego przepojenia istotami woskowymi, to wyrazu jej można się dopatrywać w fakcie, że uodpornienie humoralne wcale się w gruźlicy nie rozwija, widocznie więc nie mogło by być skuteczne. Ustrój musi zatem rozwinąć uodpornienie tkankowe, a to przestrojenie tkanek wymaga względnie długiego czasu, od którego — w większej jeszcze prawdopodobnie mierze niż od powolnego mnożenia się prątków — zależy względnie długi okres wylęgania choroby. Gdy jednak rozwinie się po tym pełne uodpornienie, widzimy w tkankach — w szczególności w przebiegu rumienia guzowatego — objawy tak sprawnej bakteriolizy, że mogłyby się nasunąć wątpliwości, czy przyjmowanie szczególnej oporności prątka jest usprawiedliwione. Wątpliwości te jednak zdają się odpadać, gdy się zważy, że—jak o tym będzie mowa później (r. 11. d)— zniszczenie zarazków w zmianach gośćcowych może być niezupełne. Ale tu trzeba znów uwzględnić, że powstanie tych zmian jest wynikiem tylko słabo uodporniających posocznic późniejszych. Główne niebezpieczeństwo doszczętnego zniszczenia w sokach i żywych tkankach grozi zatem prątkowi w silnie uodporniających posocznicach początkowych. Zabezpiecza się on przed nim wywołując w czasie długiego okresu przedalergicznego wysięk serowaciejący, który stanowi dla niego następnie bezpieczne schronienie. Gdyby się te zmiany nie wytwarzały, niemożliwa byłaby choroba gruźlicza jako całość z jej późnymi zmianami otwartymi, które są źródłem zakażenia nowych osobników; gruźlica musiałaby zatem wygasnąć.

Hübschmann (s. 20, 35, 48, 102, 103, 107, 112) uznaje możliwość niszczenia prątków w ustroju ludzkim, chociaż wyraża pod tym względem także pewne zastrzeżenia (s. 108). Calmette (s. 462, 702, 776) przeciwnie możliwość tę zasadniczo odrzuca, a zato przyjmuje (s. 509 i n., 702), co przytaczam jako curiosum, że ustrój pozbywa się prątków wydalając je głównie z żółcią przez wątrobę i przez jelito. Nawet przedstawiając doświadczenie, które zaraz przytoczę, a w którym były wszelkie podstawy do przyjęcia pełnego uodpornienia, Calmette (s. 795) mówi tylko o „większej zdolności wyrugowywania prątków zjadliwych".

Otóż jałówki uodpornione przez Calmette'a dawką 0.1 g BCG wstrzykniętą podskórnie, zarażone następnie jedna w miesiąc, druga w 3 miesiące dożylnie dawką 5 mg jadowitego prątka pozostały nietylko przy pełnym zdrowiu — gdy zwierzęta kontrolne padały na gruźlicę prosówkową — ale zabite w rok po zakażeniu nie miały w narządach żadnych zmian gruźliczych, a ich gruczoły tchawiczo-oskrzelowe wstrzyknięte po zmieleniu świnkom morskim nie zarażały tych zwierząt. Gdy jednak zakażenie podejmowano w 6 albo 12 miesięcy po zabiegu uodporniającym, jałówki pozostawały wprawdzie zdrowe, a po zabiciu nie okazywały zmian gruźliczych, ale ich gruczoły zawierały, jak się to okazywało z doświadczeń na świnkach, prątki zjadliwe.

Z doświadczeń tych wynika jasno, że — podobnie jak w doświadczeniu Kochowskim — pełne uodpornienie zjawia się w 4 tygodnie po zabiegu uodporniającym i utrzymuje się kilka tygodni, poczym stopniowo zanika.

Calmette (s. 647) przytacza szereg przykładów przyrodzonej niepodatności na zakażenie gruźlicze, np. żaby względem wprowadzonych do jej grzbietowego worka chłonnego prątków gruźliczych pochodzących ze zwierząt ciepłokrwistych, poczym mówi:

„Te zwierzęta nie dające się ugruźliczyć są więc z natury niepodatne: prątki jako ciała obce obojętne pozostają tygodniami, miesiącami, a nawet latami w ich płynach, albo w ich tkankach zawarte w makrofagach, ale nienaruszone, żywe i dające się przeszczepić na zwierzę podatne. One je dobrze znoszą, ale nie mogą ich zniszczyć i nie wytwarza się nigdy symbioza między prątkami a komórkami, które je wychwytują, ale ich nie fagocytują.

Otóż tego rodzaju znoszenie (tolerancję) powinniśmy starać się wytworzyć przez uodpornienie sztuczne: rzeczywiście byłoby rzeczą daremną spodziewać się, że będziemy mogli organizmom podatnym na zakażenie gruźlicze użyczyć zdolności trawienia prątków gruźliczych, gdy zwierzęta niepodatne jej nie osiągają!" (podkreślenia autora).

To stanowisko Calmette'a jest niewątpliwie błędne. Nie można żadnym sztucznym uodpornieniem zamienić organizmu podatnego na z natury niepodatny i niedopuszczalny jest także wniosek Calmette'a tyczący się celów uodpornienia. Stoję tutaj na podobnym stanowisku jak Hübschmann (s. 107), którego zdanie przytoczę później (r. 10.). U zwierząt z natury niepodatnych z powodu przepojenia prątka istotami woskowatymi nie może nastąpić jego niszczenie przez komórki, gdyż nie następuje żadne wzajemne oddziaływanie na siebie prątka i ustroju zakażonego. W tych właśnie ustrojach prątek stanowi rzeczywiście w pełnej mierze

tylko ciało obce ściśle obojętne. Uodpornienie, także bezwzględne i to tak sztuczne zapomocą BCG, jak i naturalne, można osiągnąć tylko w ustrojach podatnych na zakażenie gruźlicze, jak to widzimy u świnek morskich w doświadczeniu Kocha, w spostrzeżeniu Pagela i w doświadczeniu Dupreza (r. 13.), u człowieka przede wszystkim w posocznicach początkowych, ale także w wielu popoczątkowych i u jałówek w doświadczeniu Calmette'a.

6. Mianownictwo

Przypomnę, że ze względu na postać zarazka określiłem sprawy gośćcowe jako tuberkulokokoidozy (L. p, r, s). Z uwagi jednak na okoliczność, iż sprawa chorobowa nie doprowadza w nich do powstawania zmian martwiczych, lecz toczy się w zasadzie aż do końca w żywych tkankach ustroju, możnaby także mówić o gruźlicach zapalnych (L. l, m), albo o biotuberkulozach w przeciwstawieniu do „klasycznej" gruźlicy z jej zmianami serowatymi, którą możnaby określić jako gruźlicę martwiczącą, nekrotuberkulozę.

Używając określenia „biotuberkuloza" lub „sprawa biotuberkuliczna" trzebaby jednak pamiętać, że nie oznacza ono wcale czegoś, co jest pod względem anatomicznym gruźlicą, gdyż sprawa omawiana nie łączy się bynajmniej z powstawaniem gruzełków. Byłoby to więc określenie czysto etiologiczne i miałoby wskazywać na fakt, że sprawy te wywoływane są przez ten sam zarazek, co sprawy martwiczącogruźlicze, chociaż przybiera on tutaj odmienną, nieprątkową postać. Rzeczywiście — jeżeli pominiemy stosunkowo rzadko zdarzające się w tkance podskórnej, w ścięgnach i rozścięgnach makroskopowe gośćcowe guzy — gościec łączy się tylko z powstawaniem mikroskopowych guzeczków, ale i one nie stanowią stałej „obowiązkowej" cechy zmian gośćcowych. Najczęściej i w zupełnie typowej postaci guzeczków Aschoffowskich znajdujemy je w mięśniu sercowym, mianowicie w ścianach komór, a już w ścianach przedsionków może ich zupełnie brakować, a zmiany tutaj, ale w niektórych przypadkach także zmiany w ścianach komór, mogą się przedstawiać jako rozlane nacieki złożone, poza pewną ilością histiocytów, jużto głównie z limfocytów, to znów z leukocytów wielojądrzastych. Wobec tego zatem, że w gośćcu — nie mówiąc już o gruzełkach — badanie nie tylko co do guzeczków, ale nawet, jak zobaczymy później (r. 11 e), co do nacieków zapalnych, może w pewnych zakażonych obszarach wypaść ujemnie, wskazanym by było określeń „gruźlica" i „gruźliczy" w terminach odnoszących się do spraw gośćcowych zupełnie zaniechać. W wyniku tego zarazek otrzymałby nazwę reumatokokkoida, a wyodrębnione obecnie ściśle od spraw gośćcowatych — tj. zapaleń stawowych wywołanych przez zwykłe bakterie, np. streptokoki, gonokoki — przez jego obecność we krwi i w zmianach sprawy gośćcowe otrzymałyby etiologiczną nazwę reumatokokkoidoz.

W poprzednich pracach (L. g-k) proponowałem na określenie „klasycznej", zatem martwiczącej gruźlicy terminów „przygruźlica" i „paratuberkuloza". Byłyby one teoretycznie usprawiedliwione, miałyby nam mianowicie uzmysławiać, że zjawiska martwiczenia nie stanowią istoty sprawy w zakażeniu gruźliczym, nie są wcale sprawą główną i nie są — nawet w zespole pierwotnym — żadną nieuchronną koniecznością. Terminy te jednak mogłyby stać się źródłem niepożądanego zamieszania, gdyż używane były przez wielu autorów, np. Wallgrena, na oznaczenie spraw, które obecnie objąć musimy pojęciem gośćca.

Pojęcie to odgranicza się obecnie ściśle od pojęcia gruźlicy, której nazwa nie wymaga wobec tego żadnego dodatkowego przymiotnikowego określenia.

Posocznice takie, jakie są podłożem gorączki początkowej, rumienia siniakowatego i chorób gośćcowych, będziemy określali jako prątkowo-kokkoidowe, albo gruźliczo-gośćcowe, posocznice zaś prowadzące do powstania zmian gruźliczych jako prątkowe, lub gruźlicze.

Jak się to już wyraziło w tytule pracy, gruźlicę jako całość z jej występującym niekiedy 3-okresowym, latami się ciągnącym przebiegiem należy określać jako chorobę gruźliczo-gośćcową, gdyż w naszym pojmowaniu nie może ona być nigdy sprawą czysto gruźliczą.

7. Zakres i waga zjawisk gośćcowych

Jak już podnosił m poprzednio (r. 4), nie zjawiska gruźlicze, lecz gośćcowe stanowią sprawę główną i kierowniczą. Jeżeli do tego uwzględnimy przytoczone niżej w rozdziale 11. e możliwości zakażeń gośćcowych, nie łączących się z objawami zapalnymi to dojdziemy do wniosku, że dotychczasowe pojęcie gośćca musi być znacznie rozszerzone. Już Klinge (a 39 i 221) wypowiedział twierdzenie, że „szerokości zjawiskowej gośćca nie można sobie za obszernie przedstawiać". Rzeczywiście z wykonanych pod jego kierunkiem (K. 193) przez Grzimeka badań na 520 zwłokach branych pod rząd bez względu na przyczynę śmierci ludzi w wieku od 30 lat w górę okazało się, że w prawie 50% można było stwierdzić wznawiające się, albo przebrzmiałe zapalenie zastawek sercowych, a z analogicznych badań Wilda (K. 221) wynika, że w 65 przypadkach na 139 (= 46,7%) stwierdza się w mięśniu sercowym mikroskopowe blizenki gośćcowe, przyczym tylko w 21 przypadkach (= 32,3%) można było przez poprzednio przeprowadzone, lub dodatkowe wywiady wykazać przebycie gośćca stawowego, a znaczna część tych uszkodzeń sercowych nie była klinicznie rozpoznana, tak, że dopiero badanie anatomiczne wyjaśniało niejedną zagadkę (Klinge, s. 221).

Ażeby jednak zdać sobie w całej pełni sprawę z obszaru gośćca, należy wyjść z założenia, że wszyscy dorośli, przynajmniej w warunkach miejskich, przechodzili w jakimś czasie jedną lub więcej posocznic gruźliczo-gośćcowych. Wynika to z faktu, stwierdzonego próbami tuberkulinowymi i badaniami anatomicznymi, że praktycznie biorąc, wszyscy oni przeszli zakażenie gruźlicze. Jeżeli nie zapadli na gruźlicę II-go lub III-ciorzędną i nie zmarli, to tylko dlatego, że się uodpornili przez korzystne przebycie choćby jednej posocznicy prątkowo-kokkoidowej. Możnaby więc ogólnie powiedzieć, że przebycie zwycięskie ostrego zakażenia gośćcowego jest jedyną drogą do uzyskania pełnego uodpornienia przeciwgruźliczego.

Otrzymujemy w ten sposób wytłumaczenie znanego od dawna — co prawda nie bezwzględnego — stosunku wzajemnego wyłączania się gośćca i gruźlicy, a podobnie znanego od czasów Rokitansky'ego (cyt. za Bergerem, s. 441) antagonizmu między gruźlicą, a powstającymi przecież głównie na tle gośćca wadami zastawkowymi serca.

Z drugiej strony trzeba jednak podnieść, że w postaci sera gruźliczego, choćby był zwapniały, w każdym z nas tkwi jako zasadnicza podstawa ogólnego — dotąd jeszcze przez nikogo w swej istocie niewyjaśnionego (Fonio s. 66) — usposobienia gośćcowego i jedyny prawdziwy „focus", źródło do nowych zakażeń. Powstaną one, jeżeli skutkiem zadziałania niekorzystnych warunków zewnętrznych, lub pewnych wpływów wewnętrznych, choćby nawet — jak pokwitanie, starość, ciąża i przekwitanie —fizjologicznych, ogólna oporność ustroju i jego swoista przeciwgruźlicza odporność zostaną znacznie obniżone. Jeżeli przytym ustrój zachowuje zdolność do szybkiego odtwarzania dostatecznie silnego swoistego uodpornienia, mogą nie powstać żadne miejscowe, klinicznie uchwytne sprawy zapalne, ale mogą się także rozwinąć różne umiejscowienia gośćcowe. Jeżeli zaś ta zdolność nie dopisze zupełnie, powstaną zmiany gruźlicze. Ponieważ wpływy zewnętrzne mogą, np. w czasie wojny, działać ujemnie na całe zbiorowości, powstają w ten sposób pozorne epidemie już to gośćca, czy znów żółtaczki, już to — w razie silniejszego zadziałania — gruźlicy, mimo że nie chodzi w tych wypadkach wcale o zarażanie się tymi chorobami jednych osobników od drugich.

8. Sprawy gruźliczo-gośćcowe u dziecka. Okres wylęgania i posocznica początkowa

Wbrew pojmowaniu Rankego nie istnieje klinicznie — jak to podniosłem w dyskusji do referatu Dufourta (L. k 211) — żaden okres zespołu pierwotnego, gdyż nie tworzenie się zespołu, lecz zakażenie ogólne stanowi sprawę immuno-biologicznie główną (r. 4 i 7), ona więc tylko może być podstawą podziału na okresy w myśl dawnej zasady „a potiori fit denominatio", no i oczywiście „divisio".

Otóż, jeżeli weźmiemy za przedmiot opisu rumień sińcowaty, który stanowi pełny, gdyż z wysypką połączony, obraz posocznicy początkowej i który może nam służyć jako pierwowzór przebiegu każdej posocznicy prątkowo-kokkoidowej (L. e, f, i, k 373), to, jak obecnie ogólnie jest znane, choroba wybucha w 3—7 tygodni po zakażeniu (okres wylęgania), zaczyna się ostro objawami ogólnymi (trwający kilka dni okres zwiastunów), poczym pojawiają się guzy siniakowate (utrzymująca się parę tygodni pełnia choroby), a następnie wszystko mniej lub więcej szybko (okres ustępowania) wraca do stanu prawidłowego. Jest to więc typowo cykliczny przebieg choroby wysypkowej ostrej. Ponieważ przy tym obecnie wiemy, że w przypadkach świeżych tak z krwi, jak i z guzów można wyhodować prątki gruźlicze, albo udowodnić ich obecność przez szczepienia z zastosowaniem kilku pasaży na świnkę morską, badanie zaś histologiczne guzów wykazuje chyba tylko bardzo nieliczne i zniekształcone prątki, a przeważnie stwierdza zarazki w postaci kokkoidowej (L. e, f), musimy przyjąć, że choroba stanowi posocznicę prątkowo-kokkoidową, przy czym widocznie z chwilą wybuchu choroby i szybkiego wytworzenia się wysokiego uczulenia tuberkulinowego i uodpornienia prątki przechodzą w kokkoidy, a następnie zostają doszczętnie zniszczone.

Muszę tutaj podnieść, że przyrodę gruźliczą rumienia guzowatego i tym samym jego powstawanie na podłożu posocznicy prątkowej udowodnili po raz pierwszy w r. 1913. Landouzy i Laederich. Przez wszczepienie wyjętego za życia chorego i zmiażdżonego guza śwince morskiej wywołali oni mianowicie u tego zwierzęcia gruźlicę.

Za osiągnięciem przez ustrój bardzo wysokiego uodpornienia, jakiego ustrój przy późniejszych posocznicach prawdopodobnie nigdy już nie jest w stanie wytworzyć (L. e 6, f 39, g 25, h 123, j 457), przemawiają następujące fakty: 1) ostry, cykliczny przebieg choroby; 2) ustępowanie bez śladu zmian skórnych, mimo ich prątkowo-kokkoidowej przyrody; 3) niszczenie doszczętne zarazków we krwi i w tkankach żywych, bo przecież zarazki docierają do wszelkich tkanek unaczynionych, ale sprowadzają przeważnie tylko zmiany podprogowo przebiegające i przelotne; 4) zahamowanie rozwoju i otarbianie zespołu pierwotnego; 5) pełna zgodność czasowa z uodpornieniem stwierdzonym u świnki przez doświadczenie Kochowskie; 6) wnioski wysnute ze spostrzeżenia Pagelowskiego.

Istniejąca w przebiegu posocznicy początkowej szczególna zdolność odczynowa ustroju dziewiczego uwarunkowana jest chyba niewątpliwie w pierwszym rzędzie nienaruszonym stanem układu siateczkowo-śródbłonkowego, czyli histiocytarnego, do którego należą także komórki żerne tkanki łącznej, histiocyty, czy klazmatocyty. Okazuje się to jasno z porównania wyników moich badań bioskopijnych w rumieniu siniakowatym z wynikami badań histologicznych w śmiertelnych przypadkach gośćca, w których, jak o tym będzie mowa później (r. 11 b-e), zakażenie kokkoidowe, nie napotykając na żadne zapory, dociera do wszelkich tkanek.

W rumieniu (L. e, f) znajdujemy w przeciwieństwie do tego zarazki — są to w dużej przewadze kokkoidy, a tylko w niewielkiej liczbie zniekształcone prątki — wyłącznie w histiocytach jedno- lub wielojądrowych. Protoplazma tych dużych fagocytów jest niekiedy względnie dobrze utrzymanymi zarazkami szczelnie wypełniona (ryc. 2, 8 i komórka lewa dolna ryc. 9). Inne z tych komórek żernych zawierają jednak zarazki z rzadka tylko rozmieszczone, mniejsze aż do pylastych i bledsze (ryc. 1, 5, 7 i komórki dolnej części ryc. 9), widocznie więc skutkiem w toku będącej bakteriolizy znacznie przerzedzone i uszkodzone. Znachodzimy dalej komórki (ryc. 4 i górna prawa komórka ryc. 9), których protoplazma jest różowo, lub nawet żywo czerwono jednostajnie zabarwiona, co musimy uważać za dowód, że substancja kwasooporna zarazków została tu zupełnie rozpuszczona skutkiem całkowitej bakteriolizy. Zdarzają się wreszcie komórki olbrzymie, zbliżone do typu Langhansowskiego. Nie zawierają one zarazków, ani nie okazują różowego Ziehlowskiego zabarwienia, ale mimo to należy przy-

jąć, że także w nich dokonała się kompletna bakterioliza zarazków, gdyż tylko bezpośrednim działaniem zarazków można powstanie tych komórek tłumaczyć. W otoczeniu omówionych komórek znajdujemy w tkance liczne leukocyty wielokształtnojądrzaste, czyli ciałka ropne, ale w żadnym z nich nie znajdujemy zarazków, nie widzi się ich także w innych komórkach niehistiocytarnych. Otóż wysnujemy z tego następujący wniosek mający, jak sądzę, niezwykle doniosłe znaczenie. W posocznicach początkowych — nawet w przypadkach najcięższych, bo połączonych z wybroczynami podskórnymi, które cechują rumień i muszą zależeć od pękania silnie uszkodzonych naczyń, tym bardziej zaś w przypadkach lżejszych — walkę z zarazkami przeprowadzają wyłącznie duże komórki żerne tkanki łącznej i dokonują jej tak skutecznie i tak szybko, że zakażenie nie może się przenieść na inne pierwociny tkankowe. Rozumiemy teraz w jaki sposób powstają przebiegi zupełnie łagodne i krótko trwające posocznic początkowych. Jasne jest także, że nawet w przebiegu rumienia zniszczenie zarazków może się dokonać tak szybko, iż badanie bioptyczne wypadnie w tym kierunku ujemnie. Mogą się także nie wytworzyć komórki olbrzymie. Toby wyjaśniło następujące twierdzenie Wallgrena (s. 823): „Nie ma chyba nikogo, nawet gdy jest zwolennikiem etiologii gruźliczej, ktoby był zdania, że same guzy są gruźlicze. Pojmuje się je w ten sposób, że są one wywołane nie przez sam zarazek, lecz przez działanie w alergicznym ustroju pewnych toksyn wytworzonych przez zarazek; w tych okolicznościach nie ma powodu oczekiwać, że się znajdzie w samych guzach czy to zarazki, czy swoiste gruźlicze zmiany".

Posocznica początkowa przebiega tylko rzadko pod postacią rumienia sińcowatego. Może się ona przedstawiać klinicznie jako wysoka gorączka bez żadnej wysypki, ale może także, jak to widziałem w jednym przypadku u oseska, łączyć się z pojawiawianiem się w skórze tułowia i kończyn parę godzin tylko utrzymujących się, nielicznych czerwonych plam o $1^1/_2$-centrymetrowej średnicy i nieregularnych zarysach. Gorączka może być także wysoka, ale krótkotrwała, nawet jednodniowa, albo znów zupełnie słaba gorączka może trwać tylko 3—5 dni. W tych krótko trwających, często zupełnie łagodnych, innym razem znów cięższych przebiegach wyraża się jeszcze wybitniej niż w rumieniu, którego trwanie może się niekiedy rozciągać na kilka tygodni, charakter ostry i cykliczny sprawy. Wreszcie wszystko może się ograniczać — przy stanie bezgorączkowym — do przejścia nieoddziaływania na tuberkulinę (normergii) w oddziaływanie (alergię). Także i w tych szczątkowych i poronnych przebiegach posocznicy początkowej musimy przyjąć pełne uodpornianie się ustroju, może nawet — w uwzględnieniu przebiegu łagodniejszego i krótszego, albo bez objawowego — uzyskiwanie tego uodpornienia energiczniejsze i szybsze, niż w przypadkach rumienia. Dzieci po przebyciu jakiejkolwiek postaci posocznicy początkowej mogą na ogół następnie przebywać bezkarnie w środowisku ciągle je dodatkowo zarażającym. Ponieważ chodzi w tych razach prawie wyłącznie o zakażenia płuc drogą powietrzną, a prątki zostają niszczone, mimo że nie wchodzą przy tym wcale w styczność ani z osoczem krwi, ani z limfą, jest to jeden z najcelniejszych dowodów przeciwko zapatrywaniom Rankego, który (r. 3.) istniejące w gruźlicy uodpornienie uważał za humoralne i sądził, że do niszczenia prątków konieczne jest ich dokładne wymieszanie z „humorami".

9. Powstanie Parrotowskiego zespołu pierwotnego. Anatomiczny okres I.

Jak się dowiadujemy z obszernego przedstawienia tej sprawy przez Péhu i Dufourta (s. 113 i n.), zespół pierwotny odkryty został i opisany w krótkim doniesieniu w r. 1876 przez Parrota. Studiowany on był następnie pod nazwą „adénopathie similaire de Parrot" przez Francuzów, m. i. przez ucznia Parrota Hervoueta (1877) na 145 przypadkach i pod kierunkiem Hutinela na dużym materiale przez Alzatczyka Kussa (1898). Używaną dziś ogólnie nazwę zespołu nadał mu Ranke.

Muszę przyjąć, że budowa anatomiczna tej pierwotnej zmiany, jej powstanie i losy są ogólnie znane. Po bliższe szczegóły odsyłam do dzieła Hübschmanna. Podniosę więc tutaj tylko, że zespół tworzy się w okresie wylęgania, a jego rozrost zostaje zahamowany z chwilą osiągnięcia uodpornienia, będącego wynikiem korzystnego przebycia przez ustrój posocznicy początkowej. Nawet u niemowląt, u których względnie często przychodzi do masowego zserowacenia oskrzelowych gałek chłonnych i wytworzenia skutkiem tego dużych guzów, guzy te — jakby wynikało z rentgenologicznych spostrzeżeń Rista i Levesque'a — powstają tylko w okresie przedalergicznym. Jeżeli się ich mianowicie nie stwierdza z chwilą pierwszych dodatnich odczynów tuberkulinowych, to się już później nigdy nie rozwijają. Wystąpienie wrażliwości na tuberkulinę jest dla nas, jak widzimy, wskaźnikiem, że ustrój równolegle osiąga swoiste uodpornienie. Powstanie dużych guzów można tłumaczyć tylko w ten sposób, że uodpornienie to rozwijało się zbyt powolnie i osiągnęło niewielkie natężenie. W tych warunkach zmiany zespołu mogą, mimo przebycia posocznicy początkowej, w razie zupełnie niewystarczającego uodpornienia, powiększać się w dalszym ciągu.

Przeważnie jednak masy serowate zespołu zostają otoczone torebką łącznotkankową i w ten sposób odgrodzone od reszty ustroju. Często ulegają one później zwapnieniu. Mimo tych zmian zawierają one żywe i zjadliwe prątki. Toteż mogą z nich wychodzić ponowne zakażenia miejscowe i ogólne. Zakażenia ogólne, tj. posocznice początkowe mogą oczywiście powstawać tylko w łączności z wychodzącym z mas serowatych zakażeniem sąsiedztwa tychże. Anatomicznie można przeważnie w związku z tym wykazywać miejscowe zaostrzenia (Paraf, s. 81, Hübschmann, s. 23, 35, 50 i ryc. 18). Jeżeli zaś Hübschmann twierdzi, że bacylemie mogą powstawać także bez takiego miejscowego zaostrzenia, to wynika z tego tylko, że te zaostrzenia mogą być anatomicznie nieuchwytne.

10. Alergia I i I/II.

Musimy teraz zająć się nieco bliżej nastawieniem odczynowym ustroju w okresie I-ym i na przejściu

z okresu I-go w II-gi. Jest to szczególniej dlatego wskazane, że dotychczasowe zapatrywania nasuwają właśnie w tym zakresie najwięcej zastrzeżeń.

Ranke (s. 146, 156) przyjmował w okresie I, anatomicznie przedstawiającym się jako okres zespołu pierwotnego, alergię rozplemną (Hübschmann, s. 106, woli ją określać jako wytwórczą), ale mówił także o alergii stwardniającej, sklerotycznej. Są to jednak tylko puste słowa, przez które sprawa otarbiania zmian zespołowych nie staje się bynajmniej jaśniejsza. Istnienia uodpornienia ogólnego nie mógł Ranke w tym czasie przypuszczać, bo przecież miał to być okres odpowiadający zwiastunom w chorobach ostrych.

Podłożem odczynowym II. okresu, pod względem anatomicznym okresu uogólniania się choroby, miał być drugi rodzaj alergii, określany przez Rankego jako nadmierna wrażliwość na jady, albo anafilaksja. Otóż jej skutki można również częściowo spostrzegać już na zespole pierwotnym płucnym. Ranke (s. 19, 59) widzi ją w takich przypadkach, w których przychodzi do szczególnie ciężkiego zserowacenia przynależnych gałek chłonnych i wrzekomo także do wtórorzędnego zserowacenia częściowo już wytwórczego płucnego ogniska pierwotnego, a obu sprawom towarzyszą ciężkie okołoogniskowe zapalenia (cyt. w/g H-a, s. 106).

Z tłumaczeniem tym Hübschmann (s. 109) nie tylko się solidaryzuje, ale na dobitek porównuje zserowacenie do martwiny powstającej w zjawisku Arthusa w następstwie wstrzyknięcia surowicy u zwierzęcia poprzednio na tę surowicę uczulonego, albo do hiperergicznego odczynu, który tak dobrze nam jest znany ze zjawisk gośćcowych (Klinge a, s. 243 i n.), a który według Hübschmanna (s. 110) miałby w spostrzeżeniu Rankego polegać na ujemnej fazie alergii, inaczej ujemnej alergii, czyli nadmiernej wrażliwości, lub (s. 111) na „swoistym usposobieniu". Tłumaczenia te, podobnie jak wszystkie użyte określenia, uważam za zupełnie błędne. Wiemy przecież, że zmiany zespołu polegają na histologicznie nieswoistym wysięku zapalnym, przechodzącym w serowacenie, a z przytoczonych wyżej (r. 9) spostrzeżeń Rista i Levesque'a wynika jasno, iż masowe zserowacenie nie może być wyrazem żadnego szczególnego uczulenia, gdyż wytwarza się przed wystąpieniem alergii tuberkulinowej. Musimy je zatem uważać — nie tylko w zespole pierwotnym, ale także gdy się pojawia kiedykolwiek później — za następstwo nierychliwego i niedostatecznego uodporniania się ustroju. Tym samym nie może ono mieć nic wspólnego ani ze zjawiskiem Arthusa, ani z hiperergią, bo w obu tych wypadkach chodzi o zjawiska powstające u osobników swoiście uczulonych i uodpornionych. Hiperergia jest przy tym przez Hübschmanna zupełnie mylnie pojmowana, jako ujemna alergia. Jeżeli zaś, jakby wynikało ze spostrzeżeń Rankego, w ognisku pierwotnym wystąpiły już poprzednio otarbiające zjawiska wytwórcze, to były one oczywiście wyrazem względnie silnego uodpornienia osiągniętego w przebiegu posocznicy początkowej, dodatkowe zaś zserowacenia musiały być następstwem utraty tego uodpornienia i masowej inwazji prątków z jądra ogniska do otaczającej tkanki, oraz musiały się łączyć z posocznicami późniejszymi, zupełnie niedostatecznie uodporniającymi i dlatego nie prowadzącymi do nowych otorbień. Wszystko to przypomina do pewnego stopnia stosunki znane nam ze spostrzeżenia Pagelowskiego u świnki morskiej (r. 4).

Ranke (s. 22, 27, 156, 210) przejście wysiękowej fazy ogniska pierwotnego w wytwórczą odnosił słusznie do pewnego rodzaju przestrojenia. Hübschmann (s. 108) zapatrywanie to zwalcza, ale zaraz potym (s. 109) przecież możliwość takiego przestrojenia dopuszcza, zastrzegając się tylko, że chodzi tu o zwykły przebieg, który można spostrzegać przy wysiękach także na tle innych zakażeń i który należy do zakresu normergii, o ile składowa wysiękowa i składowa wytwórcza pozostają ze sobą w równowadze. Ale przecież nie można mówić o równowadze, gdy to nie są wcale dwie składowe, tylko dwie następujące po sobie fazy. Pierwsza faza (odczynu wysiękowego ze serowaceniem) ma być przytym według Hübschmanna (s. 108) wyrazem działania jadowego, druga (odczynu wytwórczego) wynikiem działania prątków jako ciał obcych. Jest to pojmowanie wprost opaczne, bo przecież w pierwszej fazie ustrój jest jeszcze niewątpliwie normergicznym, nie może więc w większej mierze dokonywać bakteriolizy i uwalniać tą drogą endotoksyn, nie może więc w tym czasie powstawać wybitniejsze działanie jadowe; w drugiej zaś fazie działanie to niewątpliwie już się odbywa w całej pełni.

Jednak Hübschmann (s. 107) słusznie mówi: „działanie nosiciela zakażenia na zarazka jest koniecznym założeniem dla przyjęcia się zakażenia w ogóle. Chorobotwórczymi są tylko takie drobnoustroje, przy których rozkładzie w zakażonym ciele także w stosunkach normergicznych powstają dla tego ciała jadowite substancje". Tym samym niesłuszną rzeczą byłoby przyjmować wtedy zupełną anergię. Rzeczywiście gdyby pewne, powiedzmy przygotowawcze, wzajemne działania na siebie zarazka i ustroju nie odbywały się od samego początku w okresie wylęgania, to nie mogłyby się one zacząć odbywać także później, tym samym nie mogłyby w tym czasie powstawać zapalno-wysiękowe zmiany I-ej fazy zespołu pierwotnego i nie mogłaby z końcem tego okresu rozwinąć się alergia. Niewątpliwie zatem istnieją wtedy tak w zakresie zespołu, jak pod wpływem zakażenia posoczniczego w zakresie naczyń pewne działania jadowe. Jeżeli przy tym zważymy, że w tym czasie odbywa się niczym nieskrępowane mnożenie się prątków i że równocześnie zachodzić muszą w tkankach pewne postępujące zmiany przygotowujące powstanie uodpornienia i uczulenia, to musimy dojść do wniosku, iż to działanie jadowe prawdopodobnie względnie szybko się wzmaga. Można zatem zrozumieć, że przy nierychliwym i niewydatnym uodpornianiu się, cechującym zwłaszcza dzieci małe, prątki działając w wielkich ilościach sprowadzać mogą wtedy nawet masowe zserowacenia (p. Rist i Levesque, r. 9). Ale mimo to, jeżeli w ogóle kiedykolwiek można przyjmować działanie prątka głównie jako ciała obcego, to jest to dopuszczalne właśnie w tej I-ej fazie, odpowiadającej okresowi wylęgania i okresowi przedalergicznemu, jak to

zresztą już wyżej (r. 4.) przyjęliśmy dla zachowania się ustroju wobec prątków w początkowej posocznicy. Jak się zaś ustrój zachowuje wobec nich po przejściu w stan alergii, to widzimy jasno w rumieniu guzowatym i w dwóch podanych wyżej modyfikacjach doświadczenia Kochowskiego. Przenosząc te wiadomości na zespół pierwotny musimy powiedzieć, że dalszy rozrost ognisk serowatych zostaje dlatego wstrzymany, iż prątki, które z nich wtargnęły do żywych tkanek otaczających, ulegają bakteriolizie, a uwolnione przy tym endotoksyny wywołują około-ogniskowe hiperergiczne, histologicznie nieswoiste zapalenia, które przechodzą później w zmiany wytwórcze i prowadzą tą drogą do otorbienia ognisk. W ten właśnie sposób powstawałaby wytwórcza II-a faza zespołu, a stanowiło by to analogię do bliznowacenia hiperergicznych zmian gośćcowych. Nie może zatem bezwarunkowo być mowy o przeważającym w niej działaniu obcociałowym prątków, na pierwszym planie jest bowiem wtedy wprost przeciwnie działanie jadowe czy to prątków, czy powstałych z nich kokkoidów.

Podobnie jak Ranke, także Hübschmann nie zdaje sobie, jak widzimy, jeszcze zupełnie sprawy z tego ogólnego podłoża, które doprowadza do przejścia z fazy wysiękowej w wytwórczą, co tym bardziej uderza, że mówi on często o bacylemii towarzyszącej wszelkim sprawom gruźliczym (H. 20, 21, 25, 33). Ale w jego pojęciu bacylemia, to tylko obecność we krwi prątków, które następnie mogą już to ulegać zniszczeniu, już to osiadać w tkankach i w nich albo wywoływać zmiany chorobowe, albo nawet tylko spoczywać w uśpieniu. Tymczasem w moim pojmowaniu zjawisk chodzi o osobne, cykliczne, uodporniające choroby posocznicze.

Hübschmann (s. 106) mówi: „Już fakt, że czysto anatomiczne rozpatrywanie nakazywało przyjęcie trzech wzajemnie od siebie odgrodzonych okresów...", a Ranke przy immuno-biologicznym rozważaniu widzi się później zmuszonym widzieć alergię II już w niektórych zmianach zespołu pierwotnego (chodzi tu o wspomniane już wyżej masowe zserowacenia), wydaje na ten podział wyrok. Jeżeli się jeszcze do tego doda, że właściwie ogólna gruźlica prosówkowa, w szczególności dorosłych, nie może być wcale w tym schemacie pomieszczona, to musi się chyba definitywnie dojść do wniosku, że Rankego podział na okresy, rozpatrywany z immuno-biologicznego stanowiska, jeszcze mniej odpowiada rzeczywistym stosunkom niż przy czysto anatomicznym rozważaniu. Ranke moim zdaniem popełnił ten błąd, że widział prawidłowości tam, gdzie ich niema". Podniosę tutaj, że Hübschmann na podstawie przypadków późnej gruźlicy prosówkowej dochodzi do podobnego wniosku, jaki sami wysnuć musimy z przypadków rumienia sińcowatego, wznawiającego się przez całe życie (r. 11 a), albo występującego u osób z gruźlicą III-rzędną (r. 13), mianowicie, że te postacie chorobowe — podobnie zresztą jak sprawy gośćcowe, zwłaszcza późne — nie dają się żadną miarą wtłoczyć w schemat Rankego. Chodzi przecież o zjawiska któreby można było umieścić tylko w okresie I/II (rumień) lub II (prosówka i z zastrzeżeniami gościec), a tymczasem widuje się je także w okresie III.

Należy jeszcze do tego wszystkiego dodać, że Ranke niesłusznie dopatruje się jakiegoś przeciwieństwa między nadmiernym uczuleniem, które ma być cechą II okresu, a uodpornieniem, które ma być podstawą III-go. W rumieniu bowiem widzimy, że te dwie składowe alergii idą na ogół równolegle i razem osiągają wysokie wartości. Uderzający wyjątek z tej reguły stanowią jednak — nieznane mi co prawda z osobistego doświadczenia — tuberkulino-ujemne przypadki rumienia. Jak to na innym miejscu obszernie omówiłem (L. i 449), należy je tłumaczyć anergią dodatnią, tj. zdolnością tkanek do tak szybkiego rozkładania jadów gruźliczych, że te nie wywołują odczynów zapalnych.

Wysnujemy z tych spostrzeżeń dwa wnioski: 1) Wystąpienie dodatnich odczynów tuberkulinowych możemy wprawdzie, jak to m. i. pouczają spostrzeżenia Rista i Levesque'a (r. 9), uważać za oznakę równoległego osiągnięcia przez ustrój uodpornienia, ale natężenie odczynów tuberkulinowych nie może nam służyć za wskaźnik do oceniania wysokości uodpornienia. 2) Ujemnego wyniku prób tuberkulinowych nie można uważać za pewny dowód, iż badana sprawa chorobowa jest przyrody niegruźliczej.

(c. d. n.)

Dr JANUSZ PETER
dyr. Szpitala w Tomaszowie Lubelskim.

Tomaszów Lubelski

Przyczynek do wyłonienia jelit przez pękniętą odbytnicę

W dniu 12 kwietnia r. 1943-go przywieziono do szpitala kobietę 62-letnią, rolniczkę, z wyłonionymi niemal w całości jelitami cienkimi, które przedostały się na zewnątrz przez szczelinę, wytworzoną w górnej części odbytnicy.

Wywiady: w dzieciństwie chorowała na odrę i płonicę, odbyła 6 porodów siłami natury, poza tym zapadała na różne, bliżej nieokreślone choroby. Po pierwszym porodzie nie zostało zaszyte pęknięte krocze, dzięki czemu po pięćdziesiątce coraz bardziej poczęło postępować wypadanie macicy. Początkowo pewną ulgę chorej przynosiło włożone kółko, później jednakże, mianowicie podczas ostatniej Wojny Światowej, kółko wypadło, większego zaś nigdzie nie mogła nabyć.

W dniu krytycznym, po spożyciu śniadania, składającego się z polewki grochowej i kromki czarnego chleba, miała prawidłowe, niebolesne wypróżnienie, po którym, w kilka godzin później, „z dość ciężkim brzuchem" wyszła do miasta. Idąc oddała kilka bolesnych wiatrów, stojących w związku, jak sądziła, z rozdymającym działaniem grochówki, a po jednym z nich uczuła, że coś miękkiego wysunęło się z kiszki stolcowej. Dotknięciem palca rozeznała, że

było to jelito. Zawróciła do domu, tym bardziej, że zrobiło jej się słabo, Za każdym krokiem wysuwało się z odbytu coraz więcej pętli jelitowych. W pewnej chwili, kiedy pochyliła się nieco naprzód i zgięta ścisnęła obolały brzuch, odniosła wrażenie, jakby cała treść jamy brzusznej wydostała się na zewnątrz przez kiszkę stolcową. Odtąd nie mogła już swobodnie wyprostować się, wszelkie bowiem próby w tym względzie połączone były z dojmującym bólem. Wprawdzie wyłonione jelita zdawały się przy tym nieco chować do wnętrza kiszki stolcowej, niemniej wszakże w pozycji zgiętej dolegliwości nie były tak dokuczliwe, jak przy wyprostowanej. Wszelkie próby wepchnięcia jelit do wnętrza przy pomocy ugniatania rękoma, spełzły na niczym. Wobec tego zde-



cydowała się wynaleźć podwodę, by udać się do szpitala. Zanim to nastąpiło upłynęło sześć godzin.

Badanie przedmiotowe wykazało: Chora wzrostu średniego, prawidłowej budowy ciała, lichego odżywienia. Sinica warg, uszu i kończyn. Dolne granice płuc obniżone, serce poszerzone w wymiarze poprzecznym, tony jego głuche, tętno drobne, przyspieszone. Brzuch łódkowato wciągnięty, miękki, tkliwy. Ciepłota prawidłowa. Mocz bez zmian. W szparze sromowej wstawiona szyjka maciczna z rozległą nadżerką wokół ujścia zewnętrznego macicy, poniżej, w kroku pęk pętli jelita cienkiego, wiszących na sfałdowanej kresce, całość zaś wychodziła z szeroko ziejącego odbytu. Przyczepy kiszek w dwóch miejscach oddarte od kreski, surowicówka silnie zaczerwieniona, z odcieniem sinawym, pokryta źdźbłami słomy, nitkami odzieży i pyłem. Wyłoniony kłąb drgał w takt tętna. Wprowadzony palec do odbytnicy z łatwością natrafił na szczelinę w odbytnicy, znajdującą się na przedniej ścianie, dzięki temu, że ta, wraz z wyłonionymi pętlami jelit podeszła bliżej odbytu. Prześwietlenie chorej w pozycji siedzącej wykazało z każdej strony popod przeponą sierp powietrzny.

Zabieg: Po dokładnym opłukaniu wyłonionych części płynem fizjologicznym, odkażeniu skóry pośladków i pochwy, odprowadzeniu wypadniętej macicy, otulono jelita w wyjałowioną chustę, po czym w uśpieniu eterem otwarto jamę brzuszną z cięcia pośrodkowego, poniżej pępka. W ranę wstawiła się rozdęta esica, wyposażona w dość długą kreskę. Po odsunięciu jej w górną część jamy brzusznej wraz ze siecią i poprzecznicą, uwidoczniła się pętla jelita czczego, przebiegająca mniej więcej pośrodku jamy otrzewnowej w stronę zagłębienia odbytniczo macicznego. Przed więzadłem Treitza ,(tj. w dół odeń), wiły się trzy zwoje jelita cienkiego. W tym samym kierunku, od strony prawego dołu biodrowego, napinało się drugie ramię: końcowy odcinek jelita biodrowego, czyli krętnicy. Przebieg obu odcinków jelit, zdążających i gubiących się w dole Douglasa, tworzył piątkę rzymską. Po odciągnięciu macicy i przydatków w górę, ku spojeniu łonowemu, odsłonięto dno wspomnianej jamy z leżącą w nim odbytnicą. Na jej ścianie przedniej biegła w kierunku podłużnym na zewnątrz od taśmy wolnej (przedniej) szczelina, o brzegach drobnoząbkowanych, w kierunku podłużnym, z góry na dół, długa około 12 cm. W tą szczelinę wchodziły pętle jelita cienkiego wraz z dotyczącą kreską. W ułożeniu Trendelenburga odgraniczono chustami górną część jamy otrzewnowej, poczym dopiero powoli rozpoczęto wciągać pętlę za pętlą, które od strony krocza podpychał trzeci pomocnik. Kiedy w całości znalazły się na chuście, rozpostartej na powłokach brzusznych, wprowadzono do dołu Douglasa serwetę złożoną w kilkoro by prowizorycznie zatkać rozdartą odbytnicę, opłukano ponownie je ita ciepłym płynem fizjologicznym, wycięto blisko jeden metr jelita oddartego od kreski, zespolono koniec do końca. następnie wyciągnięto chustę z dołu Douglasa i zaszyto szczelinę odbytnicy szwem trzypiętrowym. Wkońcu wlano do jamy otrzewnowej 49 cm^3 peritosanu i około pół litra płynu fizjologicznego i brzuch zaszyto szczelnie. Całego zabiegu dokonano przy działających stale promieniach pozafiołkowych, wysyłanych z palnika kwarcowego, umieszczonego wewnątrz lampy bezcieniowej (którą posługujemy się od roku 1937-mego) i podczerwonych, wysyłanych przez dwa boczne palniki, umocowane u brzegu wymienionej lampy, w osi długiej stołu operacyjnego.

Chora zmarła po około 12-tu godzinach, wśród objawów postępującej niedomogi mięśnia sercowego, przeplatanej objawami wstrząsowo-zapaściowymi.

Zanim rozpatrzymy w jaki sposób doszło do pęknięcia ściany odbytnicy i następnie wyłonienia na zewnątrz niemal całego bukietu jelit wraz z rękojeścią *(radix mesenterii)*, zatrzymamy się krótko nad stosunkami anatomicznymi. W opisanym przypadku nastąpiło rozdarcie w dolnej części odbytnicy, gdzie już tylko jej przednia ściana jest powleczona surowicówką, w przeciwieństwie do części górnej, którą powleka otrzewna ponadto i od boków. Rozdarcie zatem nastąpiło w dolnej części odbytnicy, w tym miejscu, w którym kiszka jest nader słabo ruchoma i to jedynie w części przedniej, schodzącej w dół w postaci języka. U naszej chorej zagłębienie odbytniczomaciczne było i szersze i głębsze, niż to się zwykle widuje, a to z powodu rozejścia się włókien dźwigacza odbytnicy *(musc. levator ani)* — i tak zwanej przegrody miednicy *(diaphragma pelvis)*. Ściana przednia odcinka końcowego, wewnątrzotrzewnowego odbytnicy, jako też miejsce mijania przez nią przegrody miednicy, uległy z czasem rozciągnięciu. W lejkowatym zwieraczu odbytnicy poszerzyła

się znacznie szpara, przepuszczająca odbytnicę, którą ponadto zamyka trójkątny mięsień, rozpięty pomiędzy ramionami kości łonowej *(diaphragma urogenitale)*.

Otóż pęknięcie ściany odbytnicy odbyło się u omawianej chorej najprawdopodobniej w dwóch etapach: podczas oddawania stolca, pod wpływem tłoczni brzusznej wyparta została macica do pochwy, a w jamę Douglasa wcisnął się pęk jelit cienkich. Przyszło to tym łatwiej, że ich krezka z biegiem czasu nadmiernie się wydłużyła, a jedna czy więcej pętli, podczas parcia na stolec, wcisnęło się w jedno, czy więcej naraz wypukleń odbytnicy, od jej strony przednioprzyśrodkowej. Po naddarciu surowicówki pętla ta utkwiła w uchyłku utworzonym z otrzewny i mięśniówki. Że do naddarcia wzdłuż taśmy dochodzi łatwo, przekonaliśmy się niejednokrotnie podczas usiłowań wydobycia przez ranę operacyjną kiszki ślepej. Jeśli ta tylko była albo przyrośnięta do tylnej ściany jamy brzusznej, lub dość silnie unieruchomiona w zrostach, a palcami nie ujęło się jej ściany w sposób równomierny z obu stron taśmy wolnej, lecz np. podważyło przez wprowadzenie wskaziciela popod taśmę przez wgniecioną do wnętrza kiszki ślepej ścianę wypuklenia, wówczas często trzeba było zszywać i rozdartą surowicówkę i wyrostek robaczkowy odejmować *in situ*. U naszej chorej dziura w mięśniówce, jak przypuszczamy, powstała dopiero podczas oddawania wiatrów na ulicy. Wówczas to odczuła je boleśnie nie z powodu rozdarcia mięśniówki, gdyż nie jej uszkodzenie, lecz surowicówki bywa bolesne. Ból był wyrazem, albo rozszerzenia dziury w surowicówce, albo naciągnięcia krezki, gdy wsunęła się do odbytnicy i jej uciśnięcia w miejscu rozdarcia, czy też przez resztę kiszki stolcowej.

Nie przypuszczamy, by dziura w odbytnicy miała powstać dopiero pod wpływem nadmiernego rozciągnięcia gazami, w miejscu, w którym ściana odbytnicy była najbardziej osłabiona przez długotrwałe rozciąganie i by dopiero następowo wcisnęły się do jej światła pętle jelita cienkiego. Ten sposób powstania pęknięcia jelita grubego, dzięki czynnikowi działającemu od strony światła, mógłby tylko wyjątkowo wchodzić w rachubę u naszej chorej, gdyby np. ściana była nadżartą przez sprawę zapalną, czy nowotworową. Tymczasem skrupulatne jej obmacanie w górę i w dół nie wykazało nic podobnego. Opisywano takie zdarzenia, gdy kał nacisnął osłabioną ścianę sprawą nowotworową, czy zapalną, lub gdy zgłębnikiem usiłowano minąć przeszkodę, względnie gdy doszło do jej zranienia jakimś twardym przedmiotem, choć była prawidłowej budowy. (Wysokie wlewy). Znane są wreszcie pęknięcia kiszki grubej, gdy „dla żartu“ wpuszczono do odbytnicy sprężone powietrze, czy czysty tlen. W. Grünewald (Zbl. f. Chir. 1935. Nr. 10 str. 572—573). podał, że tego rodzaju pęknięć okrężnicy opisano od roku 1935-tego około 40 przypadków. Zdarzały się one głównie u robotników, gdy jeden drugiemu dla żartu skierował strumień zgęszczonego powietrza w stronę odbytu. Występowały wówczas mniej lub więcej rozległe rozdarcia w pobliżu taśm, ze śmiertelnością dochodzącą do $80^0/_0$. (Zapaść, *pneumoperitoneum*, *peritonitis)*. W tym samym czasopiśmie znaleźliśmy dwa opisy przypadków pokrewnych sobie. W jednym, podanym przez Fr. Klagesa (Zbl. f. Chir. 1937. Nr. 26) chodziło o wypadnięcie jelita cienkiego u 62-letniej kobiety z blizny, powstałej po operacji dokonanej przed 22 laty z powodu kilakowatego zapalenia prostnicy *(proctitis gummosa)*, po wycięciu odbytnicy. W drugim, podanym przez Fr. Kerschnera (Zbl. f. Chir. 1938. Nr. 8) o wyłonieniu pętli jelita cienkiego z pękniętej, wynicowanej odbytnicy u 66 letniej chorej, u której przed 17-tu laty przeprowadzono wycięcia prostnicy z powodu raka. W obu przypadkach doszło do rozdarcia ściany odbytnicy przy upadku ze schodów. W obu poprzestano na odprowadzeniu wyłonionych pętli jelit przez wytworzoną szczelinę, bez otwierania jamy otrzewnowej. Mogło to dojść do skutku tym łatwiej, że chodziło o niezbyt długi odcinek wyłonionych pętli jelit. W naszym natomiast nie można się było tym sposobem posłużyć z tego względu, że wyłonieniu uległy większa część jelita cienkiego wraz z dotyczącą krezką, poza tym zachodziła konieczność przeprowadzenia wycięcia jelita znacznej długości, wynoszącej około jednego metra, gdyż oderwane było od własnej krezki. Podczas gdy w cytowanych, obcych przypadkach doszło do niespodziewanego dla obu wymienionych chirurgów wyzdrowienia chorych, w naszym sprawa od samego początku wydawała się przesądzona, aczkolwiek, podobnie, jak w innych, zastosowaliśmy dootrzewnowo i dożylnie wlewania płynu fizjologicznego, środki nasercowe i wieloważną surowicę. Opisane zresztą przypadki nie należą do analogicznych z naszą chorą. W tamtych chodziło o pęknięcie wynicowanych prostnic, ze szczeliną blisko odbytu, u samej chorej o pęknięcie ściany prawidłowej, nieco poniżej promontorium.

Jeszcze jeden analogiczny do dwóch obcych przypadków znaleźliśmy w czeskiej literaturze lekarskiej. (Przejrzeliśmy z kilkunastu lat Zentralblatt für Chirurgie i to, co w czasie wojny było dostępne. A. Fedinec (Bratislav. lek. Listy 1929. Nr. 6. Zbl. f. Chir. 1930. Streszczenie w nrze 29-tym. Str. 1840) podał, że u kobiety 77-letniej, cierpiącej na wypadnięcie z wynicowaniem odbytnicy, nastąpiło pęknięcie jej ściany po upadku ze schodów. Ze szczeliny wypadło około półtora metra jelita cienkiego i około 30 cm zstępnicy i esicy. Chorą operował, otwierając brzuch. Zgon po 5-ciu dniach z powodu zapalenia otrzewny.

W ogłoszonych przypadkach niemal we wszystkich chodziło o kobiety powyżej sześćdziesięciu lat. Według Hertle'a (cytowane za Kolaczekiem Zbl. f. Chir. 1939. Nr. 49. Str. 2607) pęknięcia kiszki grubej należą do rzadkości. Przypada ich tylko $8^0/_0$ na $92^0/_0$ pęknięć jelita cienkiego.

Załączone zdjęcie z powodu drgania wyłonionego kłębu i niemożności dokonania migawkowego wyszło „poruszone“.

Dr ANDRZEJ BIERNACKI Warszawa

Przypadek gruźlicy nerek, najądrzy i gruczołu krokowego, zakończony mocznicą, leczony jako zakażenie wiewiórowe

Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniw. Warszawskiego
Dyrektor: Prof. dr med. Witold Orłowski

Jednym z najczęstszych błędów w rozpoznawaniu chorób układu moczopłciowego jest nierozpoznanie lub zbyt późne rozpoznanie zakażenia gruźliczego, przede wszystkim gruźlicy nerki.

Błędy rozpoznawcze polegają zwykle na mylnej ocenie istniejących objawów urologicznych i powstają najczęściej w następujący sposób:

1. Tłumaczy się przewlekły ropomocz zakażeniem nieswoistym miedniczek nerkowych lub pęcherza moczowego, zapominając, że 1/3 przypadków ropomoczu przewlekłego jest spowodowana gruźlicą.

2. Tłumaczy się krwiomocz przyczynami nieswoistymi, zapominając, że tzw. „krwiomocz początkowy" stanowi często wczesny objaw gruźlicy nerek, tak samo cenny rozpoznawczo jak krwioplucie w gruźlicy płuc.

Zbyt rzadko przeprowadza się dokładne badanie bakteriologiczne moczu w kierunku gruźlicy (posiewy, próba biologiczna).

Zbyt rzadko poddaje się chorych dokładnemu badaniu urologicznemu.

Według Boshamera, każdy lekarz odnoszący się poważnie do swego zawodu jest obowiązany wykonać próbę biologiczną z osadu moczowego lub przekazać chorego doświadczonemu urologowi w następujących przypadkach:

1. krwiomoczu niejasnego pochodzenia;
2. mikrohematurii, połączonej z ropomoczem;
3. przewlekłego ropomoczu o niejasnej etiologii;
4. we wszystkich przypadkach przewlekłego zapalenia pęcherza moczowego, które nie poprawia się, mimo systematycznie przeprowadzonego leczenia;
5. przy rozbieżności między wynikiem badania moczu a zaburzeniami w oddawaniu moczu.

Opisany poniżej przypadek ilustruje, jak rażące błędy mogą się zdarzać w rozpoznawaniu gruźlicy nerek.

Chory, L. K., lat 54, urzędnik, żonaty, został przywieziony do II Kliniki Chor. Wewn. dn. 27. IV. 1942 r. w stanie zamroczonym. Z wywiadów, zebranych od rodziny chorego, wynikało, że przed 2 tygodniami zemdlał na ulicy i przywieziono go nieprzytomnego do domu. Od tego czasu stale leży w łóżku, trudno z nim się porozumieć, bywa czasami zupełnie nieprzytomny. Nie uskarżał się na bóle głowy, nudności, zaburzenia wzroku. Gorączkował czasami do 38°. W r. 1925 chorował na gruźlicę kręgosłupa, prawego stawu kolanowego i prawego stawu łokciowego. Leczył się w ciągu 3 lat, przebywając dwukrotnie w szpitalu, i wyleczył się jakoby całkowicie. Od sierpnia 1941 r. leczy się, w tajemnicy przed rodziną, u lekarza wenerologa z powodu krwiomoczu na tle wiewiórowym. Lekarz ten stosował bez przerwy aż do ostatnich czasów jakieś wstrzykiwania domięśniowe i płukania pęcherza. Otoczenie chorego zauważyło, że oddaje on coraz częściej mocz, a przed trzema miesiącami pojawiło się silne krwawienie z dróg moczowych, które chory ukrywał przed rodziną.

Przedtem jakoby nie chorował. Ma dwoje dzieci zdrowych. W rodzinie nikt na gruźlicę nie chorował. Warunki mieszkaniowe i pracy zupełnie dobre.

Przy badaniu przedmiotowym chorego uderzało zupełne zamroczenie. Skóra sucha, ogólna ciepłota ciała pod pachą 36,2°. Oddycha bardzo głośno i głęboko, jednak powietrze wydechane nie ma żadnej woni moczu ani acetonu. Napięcie gałek ocznych prawidłowe. W jamie brzusznej wyraźna bolesność w podbrzuszu, zwłaszcza w linii środkowej ciała, tuż nad spojeniem łonowym. Wątroba wystaje na 2 palce spod łuku żebrowego, miękka, niebolesna. Nerki niewyczuwalne. Odruch obronny przy wstrząsaniu okolicy lewej nerki dodatni. W zakresie klatki piersiowej stwiedziliśmy jedynie objawy nieżytu oskrzeli i niewielkie powiększenie lewej komory serca. Tętnice obwodowe nieco stwardniałe, ciśnienie tętnicze 130/80. Tętno 120 na minutę, słabo napięte i wypełnione. W okolicy krzyżowej i na goleniach niewielkie blade, ciastowate obrzęki. Kręgosłup prosty, z nieco ograniczoną ruchomością w części piersiowej. Zesztywnienie prawego stawu kolanowego i prawego stawu łokciowego.

Przy obmacywaniu prawego najądrza stwierdza się stwardnienie wielkości ziarna grochu, nieco ruchome, niebolesne.

Przy badaniu przez odbytnicę wyczuwa się wyraźnie powiększony gruczoł krokowy, zwłaszcza prawy płat, o powierzchni guzowatej, niebolesny.

Badanie neurologiczne — bez zmian.

Badanie moczu. Ilość dobowa — 200 ml. Mocz brudnożółty, zupełnie mętny, gęsty, odczyn kwaśny, c. wł. 1,012, zawiera jedynie ślad białka. Osad bardzo duży, żółty z czerwonymi żyłkami. Pod mikroskopem całe pole widzenia usiane krwinkami białymi obojętnochłonnymi; krwinki czerwone — 10—20 w polu widzenia; wałeczków nie ma. Badanie bakteriologiczne osadu nie wykryło żadnych bakterii. Barwienie sposobem Ziehl-Neelsena nie wykryło prątków kwasoodpornych.

Zgłębnikowanie pęcherza moczowego wykazało, że zgłębnik przechodzi do pęcherza bez trudności, żadnego zalegania moczu w pęcherzu nie ma, natomiast pojemność pęcherza była wybitnie zmniejszona (do 50 ml) i wypełnianie pęcherza 2% kwasem bornym było dla chorego bardzo bolesne, podobnie jak i zwykłe oddawanie moczu, który wydzielał się często w bardzo małych ilościach.

Badanie chemiczne krwi stwierdziło: mocznika — 2,8 pro mille, ksantoproteina — 110 jedn., indoksyl — 2 mg%.

Rozpoznanie mocznicy prawdziwej nie ulegało wątpliwości. Przemawiało za tym postępujące zamroczenie chorego, głęboki i głośny oddech, zaburzenia ze strony narządu moczowego i wynik badania chemicznego krwi. Należało z kolei rozważyć, jaka była przyczyna mocznicy.

Nie było to zapalenie kłębków nerkowych ani marskość nerek, gdyż nie stwierdziliśmy wybitniejszego powiększenia lewej komory serca ani nadciśnienia tętniczego, żadnych zaburzeń wzrokowych, w moczu wybitny ropomocz i krwiomocz, bez wałeczków. Brak wyczuwalnych guzów w okolicach nerek i obraz moczu oraz brak nadciśnienia tętniczego przemawiały przeciw przypuszczeniu torbielowatości nerek. Nie mieliśmy żadnych podstaw, aby przypuszczać ostre zatrucie sublimatem.

Ze względu na zmiany w moczu i zmiany w gruczole krokowym, można by myśleć o przeroście lub nowotworze gruczołu krokowego, jednak przeczył temu wynik zgłębnikowania pęcherza moczowego, brak przerzutów i większego wyniszczenia.

Prawdopodobniejsze było rozpoznanie gruźlicy nerek jako bezpośredniej przyczyny mocznicy. Za tym przemawiał następujący zespół: przebyta gruźlica kości, krwiomocz w wywiadach, stwardnienie prawego najądrza, odpowiadające najbardziej gruźlicy najądrza, ropomocz i krwiomocz bez widocznej bakterioskopowo flory bakteryjnej i z kwaśnym odczynem moczu, znacznie zmniejszona pojemność pęcherza moczowego i zaburzenia w oddawaniu moczu cechujące gruźlicze zapalenie pęcherza moczowego. Od chwili klinicznego rozpoznania gruźlicy nerek

rozpoczęliśmy dokładne badania bakterioskopowe osadu moczu i wreszcie po dokładnym przejrzeniu licznych preparatów znaleźliśmy wprawdzie nieliczne, lecz zupełnie typowe prątki Kocha. Zatem rozpoznanie zostało ostatecznie potwierdzone.

Chory zmarł po 4 dniach pobytu w klinice, przy czym stan jego był tak ciężki, że nie mogliśmy przeprowadzić żadnych badań uzupełniających, ani urologicznych, ani rentgenowskich.

Sekcja zwłok, wykonana w Zakładzie Anatomii Patologicznej U. J. P. (Dyrektor: Prof. Dr med. L. Paszkiewicz) potwierdziła całkowicie nasze rozpoznanie. W obu nerkach znaleziono liczne jamy gruźlicze ze zniszczeniem prawie zupełnym miąższu nerkowego i jednoczesnym zapaleniem gruźliczym wrzodziejącym miedniczek nerkowych i pęcherza moczowego. W obu najądrzach i w gruczole krokowym liczne ogniska gruźlicze serowate.

Nie rozpoznaliśmy za życia gruźlicy płuc, którą wykryło badanie sekcyjne: w szczycie prawego płuca stwierdzono starą jamę gruźliczą wielkości orzecha laskowego.

Całkowite rozpoznanie brzmiało: „*Infectio tuberculosa*: *tuberculosis renum, vesicae urinariae, prostatae ac epididymis cum uraemia consecutiva; tuberculosis cavernosa lobi superioris pulmonis sinistri*; *spondylitis ac arthritis tuberculosa genus dextri et cubiti dextri peracta cum ankylosi consecutiva. Myocarditis chronica. Arteriosclerosis peripherica. Caries dentium*".

Jaka była patogeneza zakażenia gruźliczego w naszym przypadku?

W większości przypadków gruźlica nerek powstaje drogą krwiopochodną z istniejącego już ogniska gruźliczego w innych narządach, najczęściej płucach, i szerzy się zstępująco przez moczowody lub drogi chłonne. Zakażenie narządów płciowych powstaje również najczęściej drogą krwionośną, przy czym gruźlica może się jednocześnie rozpoczynać w kilku narządach układu moczo-płciowego, bądź też szerzy się z jednego, „pierwotnego" ogniska, które, według najnowszych badań (Schleusing), znajduje się prawdopodobnie najczęściej w gruczole krokowym, nie zaś, jak dawniej przyjmowano, w najądrzu.

Jednocześnie gruźlica układu moczowego i narządów płciowych może powstać w trojaki sposób: 1. może być wywołana przez niezależne od siebie zakażenie krwiopochodne nerek i narządów płciowych; 2. gruźlica nerek może wywołać wtórnie powstanie gruźlicy narządów płciowych; 3. gruźlica narządów płciowych może wtórnie wywołać powstanie gruźlicy nerek.

Niezależne od siebie zakażenie krwiopochodne nerek i narządów płciowych zdarza się niewątpliwie rzadko. Gdyby było ono częste, to gruźlica narządów płciowych kobiecych powinna występować w gruźlicy nerek tak samo często, jak gruźlica narządów płciowych u mężczyzn, tymczasem, według Wildbolza, powikłanie to zdarza się u mężczyzn 14 razy częściej, a według Simmondsa 6 razy częściej niż u kobiet. zatem bezpośrednia łączność narządów moczowego i płciowego u mężczyzn stanowi ważny czynnik patogenetyczny i przemawia za kanalikowym szerzeniem się zakażenia między tymi narządami.

Ponieważ obecnie przyjmuje się powszechnie zstępującą drogę zakażenia dróg moczowych, należy przypuszczać, że zakażenie narządów płciowych jest zwykle sprawą wtórną, wikłającą gruźlicę nerek i pęcherza moczowego. Nie można jednak wyłączyć w niektórych przypadkach odwrotnego kierunku zakażenia: pierwotnej gruźlicy narządów płciowych i wtórnego powstania gruźlicy narządu moczowego. Rovsing opisał przypadek przebicia się pęcherzyka nasiennego, gruźliczo zmienionego, do moczowodu z następowym zakażeniem wstępującym miedniczek nerkowych. W przypadku Bartha zakażenia wstępujące nastąpiło po przebiciu się przewodu doprowadzającego do moczowodu. Wildbolz, Sugimara, Tosati wywoływali doświadczalną gruźlicę nerek u zwierząt, wprowadzając prątki gruźlicy do moczowodu, nawet bez wywoływania sztucznego zastoju moczu. A. Gluziński, w swej obszernej pracy o gruźlicy nerek z r. 1908, opisuje przypadki gruźlicy narządu płciowego z jednoczesną gruźlicą pęcherza moczowego, lecz bez zajęcia nerek. W przypadkach tych mogło by dojść w przyszłości do gruźlicy nerek o obrazie zakażenia nerek wstępującego. Według Gluzińskiego narząd płciowy u mężczyzn jest w 3% wszystkich przypadków gruźlicy nerek punktem wyjścia zakażenia wstępującego nerek.

Nawet zwolennicy teorii wyłącznie zstępującego szerzenia się gruźlicy przyjmują drogę wstępującą dla wyjaśnienia poszczególnych etapów rozwoju gruźlicy narządu moczowego. Przewlekła gruźlica nerki jest początkowo prawie zawsze jednostronna i powstaje drogą krwiopochodną. Z nerki zakażenie szerzy się drogą zstępującą na pęcherz moczowy, natomiast zakażenie drugiej nerki następuje w kierunku przeciwnym. Większość autorów twierdzi, że gruźlica drugiej nerki nie powstaje drogą krwiopochodną, lecz przez zakażenie wstępujące z pęcherza moczowego, do którego spływa mocz z chorej nerki. Dlaczego ten sposób zakażenia nie mógłby się czasami zdarzyć w odniesieniu do pierwszej nerki, jeśli ma być stałym prawidłem w odniesieniu do drugiej nerki, a w odniesieniu do naszego przypadku, czy gruźlica nerek nie może być w niektórych przypadkach wywołana zakażeniem wstępującym z istniejącej już gruźlicy narządu płciowego?

Poważnym dowodem, przemawiającym za tą możliwością byłyby statystyki częstości gruźlicy nerek u mężczyzn i kobiet. Wszystkie nowsze prace podkreślają większą częstość gruźlicy nerek u mężczyzn niż u kobiet. Stosunek zachorowań wynosi według Wessela 60 : 40; Tomikawa podaje liczby 70,2:29,8; Wade 65:35; Ekehorn 57:43; Akutsu i Kogama 62,4:37,6. Różnice te można by tłumaczyć właśnie przejściem zakażenia z narządu płciowego na drogi moczowe, co u mężczyzn, ze względu na stosunki anatomicne może się zdarzyć o wiele łatwiej niż u kobiet.

W naszym przypadku ogniskiem, z którego wyszło zakażenie narządu moczopłciowego, była niewątpliwie stara jama gruźlieza w prawym płucu. Nie mamy żadnych danych, aby ustalić z pewnością, czy początkowo nastąpiło zakażenie nerek czy narządu płciowego i jaką drogą szerzyło się zakażenie w narządzie moczopłciowym. Być może, że nastąpiło to według najczęstszego schematu: krwiopochodna gruźlica nerki i zakażenie zstępujące; być może jednak, że nasz przypadek należy do rzadkich wyjątków

wstępującego zakażenia nerek z istniejącej poprzednio gruźlicy narządu płciowego.

Na podkreślenie zasługuje w naszym przypadku krwiomocz jako objaw początkowy w gruźlicy nerek. Jest rzeczą znaną, że krwiomocz może być bardzo wczesnym objawem w gruźlicy nerek; później krwiomocz makroskopowy jest coraz rzadszy, zamienia się w mikrohematurię, a nawet całkowicie znika; pojawia się znowu w dalszym rozwoju choroby z owrzodzeń pęcherzowych. Według niektórych autorów, krwiomocz „początkowy" jest tak częsty, że Teposu i Danicico wyodrębniają specjalną postać gruźlicy nerek z krwiomoczem. Autorowie japońscy twierdzą, że krwiomocz początkowy zjawia się w 30% gruźlicy nerek, inni autorowie, jak Wildbolz, Persson podają liczby znacznie mniejsze: około 5%. Krwiomocz początkowy pojawia się bez żadnej uchwytnej przyczyny, niezależnie od wysiłków i leżenia w łóżku, co odróżnia go od krwiomoczu w kamicy. Domieszka krwi może być bardzo różna: od mikrohematurii do wyraźnych krwotoków. Zwykle nie jest to ciężkie krwawienie, opisane są jednak w piśmiennictwie przypadki dużych krwotoków, często mylnie rozpoznawanych, które doprowadzały do operacji. Beatty podaje przypadek chorego, który miał w odstępie krótkiego czasu 3 duże krwotoki, nie zmniejszające się mimo przetaczania krwi. Po wycięciu nerki znaleziono w niej bardzo małe ognisko gruźlicze o wymiarach 2 mm×10 mm, usadowione w korze nerki.

Mimo że nasz chory miał właśnie objaw krwiomoczu początkowego i mimo że mieszkał stale w Warszawie, a więc miał możliwości przeprowadzenia badań urologicznych i bakteriologicznych, właściwe rozpoznanie określono dopiero na kilka dni przed śmiercią. Ilustruje to najlepiej, jak ciężkie błędy rozpoznawcze mogą się zdarzyć przy zaniechaniu lub zlekceważeniu niezbędnych badań pomocniczych w gruźlicy układu moczopłciowego.

MEDYCYNA SPOŁECZNA

Dr MARJAN CIEĆKIEWICZ Kraków

Plan Beveridge'a a ubezpieczenia społeczne w Polsce

(Wykład w Seminarium Medycyny Społecznej Związku Zawodowego Lekarzy R. P. obwód Kraków w dniu 4 września 1945)

Istniejące w Anglii ubezpieczenia społeczne mają bardzo starą tradycję. Niezależnie od tzw. *„Poor Law"*, które datuje się od czasów elżbietańskich, obecne ubezpieczenia społeczne są wynikiem ostatnich 50 lat, a rozpoczyna je właściwie *„Workmen's Compensation Act"* z 1897 r. Ustawa ta, ograniczona początkowo tylko do pewnych zawodów stała się w r. 1906 ustawą powszechną. Obowiązkowe ubezpieczenie na wypadek choroby weszło w życie w 1912 r., zaś ubezpieczenie na wypadek braku pracy zapoczątkowane w r. 1912 w odniesieniu do nielicznych gałęzi przemysłu stało się dopiero w 1920 r. ubezpieczeniem powszechnym. Pierwsze ubezpieczenie emerytalne, które przyznawało renty starcze osobom, które nie opłacały żadnych składek emerytalnych, mają jednak 70 lat i nie posiadają środków do życia przeszło w 1908 r. Dopiero jednak w 1925 r. weszła w życie ustawa, która wprowadziła dla osób opłacających składki emerytalne renty starcze, w dowie i sieroce.

W 1934 r. zostało też po smutnym doświadczeniu zreformowane na nowych podstawach ubezpieczenie na wypdek braku pracy ustawą *„Unemployment Act"*, dzięki czemu lokalne instytucje społeczne, które przyznawały zasiłki osobom potrzebującym pomocy ustąpiły miejsca Centralnemu Urządowi Opieki i odtąd wykonują tylko czynności zlecone im przez ten urząd w jego imieniu.

Równolegle do rozwoju ubezpieczeń społecznych rozwijało się ubezpieczenie chorobowe, szczególnie zabezpieczenie leczenia zakładowego, oraz rozwijały się organizacje poświęcone opiece nad dzieckiem i dobrowolne ubezpieczenia na wypadek śmierci i innych zdarzeń losowych, głównie w Urzędzie ubezpieczenia wypadkowego *„Industrial Life Office"*, ponadto we *„Friendly Societes"* *) i *„Trade Unions"*.

Dwutorowość ubezpieczeń społecznych, które opierały się w Anglii na ubezpieczeniach dobrowolnych i przymusowych, różnorodność systemów składek a przede wszystkim niedostateczność świadczeń sprawiły, że coraz głośniej odzywały się głosy za reformą istniejących ubezpieczeń społecznych i za ich scaleniem. W związku z tymi głosami świata pracy minister bez teki Arthur Greenwood zapowiedział 10 czerwca 1941 r. w Izbie Gmin, że powołał do życia Komisję dla zbadania całokształtu spraw związanych z ubezpieczeniami społecznymi w Anglii i że na czele tej Komisji stanął William Beveridge. Do tej międzyministerialnej Komisji weszli: delegat Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Ministerstwa Pracy, Ministerstwa Emerytur, Głównego Urzędu Statystycznego, Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Skarbu, Podsekretariatu Odbudowy, Ministerstwa Ceł i Akcyz Podatkowych, Urzędu Opieki Społecznej, Departamentu Zdrowia dla Szkocji, pełnomocnik dla Ubezpieczeń Dobrowolnych we *„Friendly Societes"* i delegat Ubezpieczeń Wypadkowych.

Celem Komisji było „dokonanie przeglądu istniejących ubezpieczeń społecznych i służb pokrewnych, uwzględnienie związku zachodzącego między nimi oraz podanie zaleceń".

---

*) *Friendly Societes* są to kasy, oparte o wzajemność, zakładane z celem pomocy na wypadek niezdolności do pracy, przede wszystkim choroby, ale również na wypadek inwalidztwa i starości. Kasy wypłacały również zasiłki pogrzebowe. Wszystkie te świadczenia powstały na gruncie systemu składek zwyczajnych i nadzwyczajnych w wypadkach wyjątkowej potrzeby.

Dnia 27 stycznia 1942 oświadczył minister Greenwood w Izbie Gmin, że do zakresu Komisji należy również rozważenie dalszej rozbudowy ubezpieczeń społecznych a mianowicie wprowadzenie zasiłków pogrzebowych i objęcie ubezpieczeniem tych ryzyk, których obecne ubezpieczenia społeczne nie obejmują.

W dniu 20 listopada 1942 r. przedłożył Beveridge zgodnie z życzeniem ministra swój plan reformy ubezpieczeń społecznych w Anglii. Plan ten składa się z 461 paragrafów i sześciu memoriałów dodatkowych, omawiających całokształt zagadnienia z punktu widzenia właściwych urzędów i porównanie tego planu z ubezpieczeniami istniejącymi w innych krajach.

Warto zapoznać Kolegów z zasadami tego imponującego planu reformy ubezpieczeń społecznych w dobie, w której i u nas tendencje uspołecznienia naszego życia biorą właściwy dla młodej demokracji rozmach.

Komisja doszła do przekonania, że obecnie istniejące w Anglii ubezpieczenia społeczne nie przewyższają i z trudem mogą rywalizować z ubezpieczeniami innych państw. Tylko opieka lekarska zarówno co do zakresu świadczeń jak i co do osób objętych ubezpieczeniem chorobowym stoi w Anglii tuż poza tym, co istnieje w innych państwach. Natomiast kwoty wypłacane z ubezpieczenia w Anglii, tj. zasiłki, renty i premie mogą śmiało wytrzymać porównanie z innymi krajami.

Reforma ubezpieczeń angielskich była konieczną także dlatego, że administracja ubezpieczeń była zbyt rozdrobnioną między poszczególnymi instytucjami, ponadto okazało się, że ograniczenie ubezpieczenia tylko do osób pozostających w stosunku pracy najemnej i poniżej pewnej górnej granicy zarobku — jeżeli chodzi o pracowników nie żyjących z pracy rąk — stanowi poważną lukę w dotychczasowym systemie ubezpieczeń. Ludzie samodzielnie zarobkujący są czasem biedniejszymi i bardziej potrzebującymi pomocy, aniżeli pracownicy najemni. Komisja doszła również do przekonania, że — jeżeli chodzi o potrzeby życiowe — to nie ma żadnej istotnej różnicy między osobą bezrobotną a osobą chorą. Nie mogła też zgodzić się z tym, że w myśl obecnie obowiązujących ustaw i przepisów bezrobotny obarczony żoną i dwojgiem dzieci otrzymuje tytułem zasiłku z bezrobocia 38 szylingów tygodniowo, jeżeli jednak po pewnym czasie zachoruje i stanie się niezdolnym do pracy otrzyma tylko 18 szyl. tygodniowo. Z drugiej strony chłopak 17letni otrzymuje 9 szyl. tyg. zasiłku z bezrobocia, gdy jednak zachoruje zasiłek ten wzrasta do 12 szyl. tygodniowo.

Komisja doszła także do przekonania, że w dobie wielkich przemian politycznych, gdy zmieniają się granice państw, rozważania jej nie mogą się ograniczać tylko do poszczególnych odcinków życia społecznego i nie mogą zalecać ich łataniny, lecz muszą się zdobyć na rewolucyjne pociągnięcie. Ubezpieczenia społeczne muszą się stać częścią postępu społecznego i atakiem na nędzę, jedną z pięciu elementarnych klęsk społecznych (nędza, choroba, głupota, brud i lenistwo).

Wnioski Komisji zostały poprzedzone gruntownymi badaniami naukowymi zagadnień społecznych w Anglii, które jako przyczynę niedostatku ludności w ośrodkach przemysłowych podały, że 3/4 do 5/6 osób cierpiących niedostatek znajdowało się w nędzy z powodu przerwy lub utraty zdolności zarobkowej, a pozostałych 1/4 do 1/6 pozostawało w nędzy z powodu niestosunku ich dochodów do liczby członków ich rodzin. Komisja doszła zatem do przekonania, że zniesienie nędzy wymaga rozdziału dochodu społecznego z uwzględnieniem nie tylko zarabiającego, lecz jego rodziny, oraz wprowadzenia ubezpieczeń społecznych w skali obejmującej wszystkie ryzyka zdarzeń losowych a więc pojętych w stosunku do obecnych rewolucyjnie. Aby zapobiec na przyszłość nędzy wśród obywateli, Komisja postanowiła rozwinąć obecne ubezpieczenia społeczne w Anglii w trzech kierunkach tj. rozszerzyć zakres osób nie objętych dotąd ubezpieczeniem społecznym, zabezpieczyć ludność przed nowymi ryzykami i podwyższyć kwoty zasiłkowe tak, aby zabezpieczyła każdemu obywatelowi korzystającemu z zasiłku minimum egzystencji.

Ponieważ zniesienie nędzy wymaga także dostosowania dochodów pracownika do liczby członków jego rodziny, należy — zdaniem Komisji — wprowadzić w nowym przymusowym ubezpieczeniu społecznym dodatki na dzieci nie tylko do zarobków, lecz i do rent i do zasiłków. Wówczas dopiero dochody pracującego obywatela będą dostosowane zarówno w czasie pracy, jak i podczas bezrobocia do jego potrzeb i koniecznych wydatków. Co więcej, Komisja doszła też do przekonania, że gdyby dodatki na dzieci zostały były wprowadzone w Anglii już przed wojną i to tak do zarobków, jak i do zasiłków, nędza w Anglii wygasłaby już wówczas. Dochód społeczny państwa wystarczał bowiem na to, aby każdemu obywatelowi zabezpieczyć egzastencję. Biorąc pod uwagę stały wzrost liczby ludzi w wieku ponad 65 lat tj. powyżej granicy wieku pracy oraz niską rozrodczość narodu, Komisja przewiduje, że po kilkudziesięciu latach liczba ludzi starszych będzie niepokojąco duża i że nie da się uniknąć gwałtownego i stałego spadku liczby ludności. Aby temu zapobiec należy na pierwszym miejscu wydatków społecznych postawić troskę o dzieci i ochronę macierzyństwa.

Proponowany plan ubezpieczeń społecznych przewiduje przede wszystkim 20-letni okres wyczekiwania jako tzw. okres przejściowy, w którym ludzie starsi otrzymają renty albo w dotychczasowym wymiarze, albo jako renty przyszłe, jednak mniejsze, gdyż w pełnym wymiarze będą mogli je otrzymać dopiero po upływie okresu wyczekiwania. Plan ten ma swój wzór w ubezpieczeniu społecznym wprowadzonym w Nowej Zelandii, różni się jednak od niego tym, że nowozelandzkie ubezpieczenie przewiduje 28-letni okres wyczekiwania i znacznie wyższe renty po tym okresie. Ponadto renty starcze w Nowej Zelandii nie są uzależnione, jak w Anglii od zaprzestania pracy po osiągnięciu granicy wieku i są wypłacane bez względu na to, czy emeryt zaprzestał pracy, czy nadal pracuje.

Komisja zaproponowała wejście w życie planu Beveridge'a z dniem 1 lipca 1944. Nic więc dziwnego, że plan przewiduje prawie wszystkie szczegóły konstrukcji ubezpieczeń społecznych, sposób ich

pokrycia a nawet rozbicie tych kosztów na ubezpieczonego, pracodawcę, o ile istnieje i na skarb państwa, wreszcie sposób pokrycia poszczególnych rodzajów ubezpieczenia z całości funduszu ubezpieczeniowego.

Zasady na których opiera się plan, to równa składka dla wszystkich obywateli, zaliczonych do tej samej klasy ubezpieczeniowej, równa wysokość dla wszystkich emerytury, zasiłku z bezrobocia i zasiłku chorobowego, scalenie administracji ubezpieczeń, dostateczna wysokość rent i zasiłków dla zabezpieczenia egzystencji i zapewnienie wszystkim obywatelom pomocy lekarskiej w takim zakresie w jakim ich stan zdrowia tego wymaga. Ubezpieczenie dobrowolne jako ubezpieczenie pomocnicze nie zostanie zniesione i powinno pozostać nadal, aby każdemu, który się chce dodatkowo ubezpieczyć, umożliwić zapewnienie sobie wyższych od przeciętnych świadczeń.

Plan ten znosi górną granicę zarobku, jest więc ubezpieczeniem powszechnym i obejmuje wszystkich obywateli dzieląc ich na klasy niezależnie od ich zarobku, lecz w zależności od ich potrzeb i sposobu życia.

Cala ludność Anglii została podzieloną na cztery grupy ludzi w wieku pracy oraz na dwie dalsze grupy: ludzi poniżej wieku pracy tj. V-tą klasę, którą tworzą dzieci do lat 16 i VI-tą klasę którą tworzą ludzie powyżej granicy wieku pracy a więc emeryci:

Cztery pierwsze grupy ludności to:

I-sza klasa złożona z pracowników najemnych, a więc osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę:

II-ga klasa obejmująca inne osoby pracujące zarobkowo, łącznie z pracodawcami, kupcami i innymi samodzielnymi pracownikami we wszystkich gałęziach życia;

III-cia klasa obejmuje kobiety zamężne w wieku pracy;

IV-ta klasa zawiera wszystkich innych ludzi w wieku pracy nie pracujących zarobkowo.

Składki ubezpieczeniowe płacą tylko osoby zaliczone do I, II i IV-tej klasy. Składki jednolite dla danej klasy opłaca się przez naklejenie na legitymacji ubezpieczeniowej znaczka ubezpieczeniowego. Ponieważ w klasie I-szej płacą składki ubezpieczeniowe również pracodawcy, wpłacają je oni także w formie znaczków ubezpieczeniowych. Płacąc równocześnie za pracownika potrącają mu przypadającą na niego część z jego tygodniowego lub miesięcznego zarobku. Składki różnią się w poszczególnych klasach zależnie od przewidzianych świadczeń i są wyższe dla mężczyzn, aniżeli dla kobiet, ponieważ składka mężczyzny jest tak obliczoną, aby pokrywała już świadczenia przyznane kobietom zamężnym, które nie opłacają żadnych składek. (zob. tab. na szp. nast.)

Każda osoba klasy I-szej a więc każdy pracownik pozostający w stosunku pracy ma prawo do zasiłku na wypadek braku pracy i niezdolności do pracy, do renty starczej, do opieki lekarskiej i do zasiłku pogrzebowego. Osoby II-giej klasy tj. samodzielnie zarobkujący, kupcy, pracodawcy itp. otrzymują to samo z wyjątkiem zasiłku na wypadek braku pracy, oraz z wyjątkiem zasiłku z powodu niezdolności za pierwszych 13 tygodni choroby. Osoby IV-tej klasy tj. nie pracujący zarobkowo otrzymają to samo z wyjątkiem zasiłku na wypadek braku pracy i zasiłku z powodu niezdolności do pracy. Ekwiwalentem zasiłku z powodu braku pracy jest dla tych osób zasiłek na przeszkolenie dla zdobycia nowych źródeł egzystencji, jeżeli utracą swe dotychczasowe dochody. Wszystkie osoby III-ciej klasy a więc zamężne osoby w wieku pracy otrzymają nie opłacając żadnych składek a tylko z tytułu ubezpieczenia ich mężów premię za macierzyństwo, rentę wdowią lub rentę na wypadek separacji. Kobiety zamężne, pracujące zarobkowo otrzymają oprócz tej samej premii za macierzyństwo przez 13 tygodni zasiłek połogowy, który im umożliwi zaprzestanie pracy przed i po rozwiązaniu.

Przewidziane stawki ubezpieczeniowe wynoszą:

	Mężczyzna						Kobieta					
	Ubezpiecz.		Pracodawca		Razem		Ubezpiecz-		Pracodawca		Razem	
	Szyl.	Pens.	Szyl.	Pens.	Szyl.	Pens.	Szyl.	Pens.	Szyl.	Pens.	Szyl.	Pens.
Kl. I dorośli .	4	3	3	3	7	6	3	6	2	6	6	0
„ „ od 18—20 lat	3	6	2	9	6	3	3	0	2	0	5	0
„ „ od 16—17 „	2	6	2	6	5	0	2	0	2	0	4	0
Kl. II dorośli .	4	3					3	9				
„ „ od 18—20 lat	3	6					3	0				
„ „ od 16—17 „	2	0					2	0				
Kl. IV dorośli .	3	9					3	0				
„ „ od 18—20 lat	3	0					2	6				
„ „ od 16—17 „	1	6					1	6				

Rewolucyjnym krokiem jest wprowadzenie zasady, że zasiłek z powodu bezrobocia będzie wypłacany z mocy prawa i płaconych składek a nie jako dobroczynność ze strony państwa dopiero po zbadaniu środków egzystencji pracownika, co w przeważnej części miało dotąd miejsce. Będzie on wypłacany w tej samej wysokości i tak długo, jak długo trwa potrzeba pobierania zasiłku z tym, że po pewnym czasie np. po roku dalsza wypłata zasiłku może być uzależnioną od chęci przystąpienia do pracy względnie od poddania się przeszkoleniu, aby ubezpieczony mógł znaleźć inne możliwości zarobkowania. Również zasiłek chorobowy bez badania środków egzystencji chorego wypłaca się tak długo, jak długo trwa niezdolność do pracy.

Wiekiem uprawniającym do zgłoszenia roszczenia o emeryturę czyli rentę starczą jest dla mężczyzny 65 lat, dla kobiety 60 lat. Nie wynika z tego, by każdy kto ukończył 65 wzgl. 60 lat miał zaraz pobierać emeryturę, szczególnie w okresie przejściowym tj. w okresie wyczekiwania. Kto nie zgłosi roszczenia o emeryturę po ukończeniu 65 lub 60 roku życia i dalej pracuje, jego renta podstawowa, do której miałby prawo już w okresie wyczekiwania będzie wzrastać za każdy rok o 2 wzgl. dla samotnego o 1 szyling tygodniowo aż do ewentualnej wysokości pełnej renty w kwocie 40 szyl. tygodniowo dla żonatego i 24 szyl. dla osoby samotnej.

Zasiłek dla wdów jest zasiłkiem tylko czasowym i z tego powodu wyższym od zasiłku z powodu bezrobocia. Wdowy, które posiadają dzieci, otrzymują dodatki na dzieci i dodatki opiekuńcze, które wy-

starczą dla zabezpieczenia im i dzieciom egzystencji nawet gdyby nie posiadały żadnych innych środków do życia.

Osobom, które mimo tego planu znajdą się w potrzebie, może państwo ze swych środków finansowych świadczyć dodatkową pomoc finansową po zbadaniu ich środków do życia z tytułu opieki społecznej i na podstawie jednolitego sposobu stwierdzenia tej potrzeby.

Komisja doszła do przekonania, że naród angielski nie pragnie zapomóg świadczonych mu przez państwo dobrowolnie, lecz rent należnych mu z prawa i z tytułu płaconych składek. Dowodem tego jest nie tylko ustalająca się popularność ubezpieczeń przymusowych, lecz nadto fenomenalny wzrost dobrowolnych ubezpieczeń na wypadek choroby, śmierci, wyprawy ślubnej a ostatnio na wypadek konieczności leczenia szpitalnego, którego dotychczasowe ubezpieczenie nie zapewniało. Plan z 1930 r. który przewidywał przerzucenie na skarb państwa ciężarów wynikających z przedłużającego się bezrobocia był w samej zasadzie błędny, gdyż ani ubezpieczony w okresie bezrobocia nie powinien mieć świadomości, że zasiłek jego pochodzi z sakiewki bez dna, ani też państwo płacąc swym obywatelom zasiłku z powodu bezrobocia nie powinno czuć się z tego powodu zwolnione od odpowiedzialności za ten stan. Wydatki państwa powinny być skierowane przed wszystkim w kierunku zredukowania bezrobocia i zachorowalności do minimum, oraz w kierunku utrzymania źródeł produkcji i zachowania pracy dla wszystkich obywateli.

Biorąc pod uwagę to, że koszta utrzymania w r. 1942 wzrosły w porównaniu do roku 1938 o 25%, oraz okoliczność, że dla zapewnienia utrzymania potrzeba samotnemu mężczyźnie 19 a samotnej kobiecie 18 szyl., rodzinie zaś 32 szyl. tygodniowo, wreszcie, że koszta utrzymania dziecka dochodzą do 7 szyl., ustalono wysokość zasiłku z bezrobocia, zasiłku chorobowego i podstawowej renty starczej tj. emerytury na 24 szyl. dla osoby samotnej i na 40 szyl. dla osoby mającej na utrzymaniu rodzinę niezależnie od dodatków na dzieci w kwocie 8 szyl. na głowę na tydzień.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że problem emerytur dla ludzi którzy przekroczyli wiek pracy jest najtrudniejszym zagadnieniem, gdyż koszta tych emerytur będą stale wzrastać, skoro na początku tego stulecia było w Anglii około $2^1/_4$ miliona osób w wieku ponad 65 i 60 lat tj. jedna osoba ponad wiek pracy przypadała na 17 w stosunku do całej ludności, w r. 1931 było ich już $4^1/_4$ miliona czyli 1:10, a w roku 1965 czyli w 20 lat później będzie ich więcej niż 8 milionów, czyli będzie przypadać 1:6 w stosunku do całej ludności. Wynika z tego, że wiek jako przyczyna niezdolności przewyższa wszystkie inne przyczyny niezdolności razem wzięte. Każdy szyling dodany do renty starczej po 1965 r. tj. wówczas, gdy będzie 8 milionów osób starszych, powiększyłby wydatki roczne na renty starcze o 20,000.000 funtów, a 5 szylingów powiększyłoby roczne wydatki na emerytury o 100,000.000 funtów. Obecnie otrzymują renty starcze w wysokości 10 szyl. tygodniowo bez badania ich środków egzystencji tylko te osoby w wieku ponad 65 wzgl. 60 lat, które opłacały składki emerytalne i to bez względu na to, czy pracują czy też zaprzestały pracy, oraz osoby liczące ponad 70 lat, jednak jako renty nieobowiązkowe zależne od stwierdzenia, że są bez środków do życia.

Przewidywane wydatki na świadczenia w r. 1945 i 1965 przedstawiają się następująco:

	w milionach funtów	
Ubezpieczenia społeczne:	w 1945 r.	w 1965 r.
Zasiłki z bezrobocia	110	107
Zasiłki chorobowe	57	71
Renty wypadkowe	15	15
Emerytury (renty starcze).	126	300
Zasiłki wdowie i dod. opiekuńcze . . .	29	21
Premie za macierzyństwo i zas. połog. .	7	6
Przemie z powodu zaślubin	1	3
Zasiłki pogrzebowe	4	12
Koszta administracji	18	18
Razem . . .	367	553
Pomoc państwowa:		
Emerytury dodatkowe	39	25
Zasiłki z opieki społecznej.	5	5
Koszta administracji	3	2
Dodatki na dzieci	110	100
Koszta administracyjne	3	3
Koszta służby zdrowia i lecz. restyt. . .	170	170
Całość . . .	697	858

Z jakich źródeł będą pochodzić te kwoty? — Ze skarbu państwa, od ubezpieczonych i od pracodawców. Mniejszym strumieniem będą ponadto płynąć kwoty z tytułu ubezpieczenia wypadkowego od zakładów przemysłowych. Każdy obywatel będzie płacił podwójnie, raz jako równą dla wszystkich składkę ubezpieczeniową, drugi raz jako płatnik podatkowy, tym razem w zależności od swych dochodów.

Nie wchodząc w szczegóły jakie źródła są przeznaczone na pokrycie różnych świadczeń oraz w jakim stosunku, pragnę tu podnieść jak zostaną zużyte fundusze uzyskane ze skarbu państwa. Otóż z tych funduszów przewiduje plan pokrycie 1/3 wszystkich zasiłków z powodu bezrobocia, 1/6 kosztów rent starczych, zasiłków z powodu choroby i połogu dla tych, którzy wstąpili do ubezpieczenia w 16 roku życia, 1/6 rent wypadkowych nie pokrytych przez składkę przemysłową i wszystkie dodatki na dzieci oraz ewentualne zasiłki z tytułu opieki społecznej jako dary nadzwyczajne. Koszta opieki lekarskiej ponosi skarb państwa wspólnie z samorządami. Z tablicy XIII zawartej w planie wynika, jak się rozkłada obciążenie całości funduszu ubezpieczeń społecznych na skarb państwa, ubezpieczonych i pracodawców:

	W latach 1938—39	w milionach funtów		
		w r. 1945		w 1965 r. przewid.
		obecne koszty	przewidywane koszty	
Skarb państwa i samorządy (głównie utrzymanie szpitali i opieka społeczna)	212	265	351	519
Ubezpieczeni . . .	55	69	194	192
Pracodawcy . . .	66	83	137	132
Inni (głównie zainteresowani) . . .	9	15	15	15
Razem . .	342	432	697	858

Zastanawiając się nad pytaniem, czy składka 4 szyl. i 3 pensy tygodniowo nie przekracza zdolności płatniczej przeciętnego obywatela, Komisja doszła do przekonania, że kwota ta zmieści się bez przeszkody w budżecie przeciętnego pracownika. Do tej pory przeciętny pracownik opłacał składkę tygodniową w kwocie 1 szyling i 7 pensów, za co otrzymawał: podczas bezrobocia zasiłek w kwocie 33 szyl. przez 26 tygodni, potem ewentualną dalszą pomoc państwową zależną od stwierdzenia, że był bez środków do życia. W czasie niezdolności do pracy z powodu choroby otrzymywał 15 szyl. tyg. przez 26 tygodni a później 7 szyl. i 6 pens. w razie dalszej niezdolności, w pewnych zaś przypadkach jeszcze dodatkową pomoc finansową. Renta starcza wynosiła 20 szyl. tyg. zasiłek wdowi 18 szyl. premia za macierzyństwo wynosiła 2 funty a jeżeli chodziło o kobietę zarobkującą dodatkowe 2 funty. Zasiłek pogrzebowy nie był przewidziany. Renta wypadkowa wynosiła 50% zarobku, najwyżej jednak 30 szyl. tyg. z tym, że mogła być ewentualnie skapitalizowaną. Opieka lekarska była przewidzianą tylko w ramach porad udzielanych chorym przez lekarzy ogólnie praktykujących.

Cóż daje ubezpieczonemu nowy plan?

Według nowego planu świadczenia te przedstawiają się następująco:

	Szyl. tygodniowo
Zasiłek z bezrobocia, chorobowy i na przeszkolenie:	
dla pracownika żonatego, gdy żona nie pracuje zarobkowo	40
dla pracownika żonatego gdy żona pracuje i nie pobiera zasiłku	24
dla osoby samotnej bez względu na płeć w wieku ponad 20 lat	24
dla osoby samotnej od 18 do 20 lat	20
dla chłopców i dziewcząt od 16 do 17 lat	15
dla zamężnej kobiety pracującej zarobkowo, gdy pobiera zasiłek	16
Emerytury (renty starcze) po okresie przejściowym:	
dla żonatego, gdy żona nie pracuje renta podstawowa	40
dla osoby samotnej, dla żonatego gdy żona pracuje renta podstawowa	24
dla żony płacącej składki, której mąż liczy mniej niż 65 lat	20
dodatek za każdy rok odroczenia zgłoszenia się o rentę	
dla żonatego	2
dla samotnego	1
Zasiłek pologowy (13 tygodni)	
dla osoby zamężnej pracującej zarobkowo, obojętne, czy płaci składki, czy zwolniona od składek jako dodatek do premii za macierzyństwo	36
Zasiłek wdowi (13 tygodni)	36
Zasiłek opiekuńczy (za opiekę nad dziećmi)	24
Dodatki zależności *(dependant allowance)*	
dla osób pobierających zasiłek z powodu bezrobocia choroby, lub przeszkolenia zależnie od posiadania dzieci zależnych od niego	16
Dodatki na dzieci	
na każde dziecko, jeżeli rodzic pobiera zasiłek lub rentę i na każde dziecko z wyjątkiem pierwszego gdy rodzic pracuje jako dodatek do świadczeń dla dzieci w naturze	8
Renta wypadkowa	
za pełną (100%) niezdolność	2/3 zarobku tygodniowego, nie więcej, jak 3 funty tyg. i nie mniej niż zasiłek chorobowy, z dodatkiem zależności, jeżeli ma do niego prawo
za częściową niezdolność	renta częściowa w zależności od stopnia utraty zdolności do pracy
Premia z powodu zaślubin	od 10 funtów wzwyż zależnie od liczby wpłaconych składek
Premia za macierzyństwo	4 funty
Zasiłek pogrzebowy	
dla dorosłej osoby	20 funtów
dla osoby w wieku 10—20 lat	15 „
dla osoby w wieku 3—9 lat	10 „
poniżej 3 lat	6 „

Zastanawiając się nad pytaniem, ile świadczenia te są warte dla tych, którzy ponoszą ich ciężary, Komisja doszła do przekonania, że dla ubezpieczonego korzyści płynące z tego ubezpieczenia są aż nadto jasne, dla pracodawcy również, ponieważ wkalkuluje on tylko składkę ubezpieczeniową do kosztów produkcji jako część wynagrodzenia pracownika. Państwo musi ponieść największy ciężar, gdyż będzie od razu płaciło o 86 milionów funtów rocznie więcej, aniżeli płaciło do tej pory. Jeszcze więcej jednakże będzie płacić po upływie 20 lat. Ciężaru tego nie da się żadną miarą uniknąć. Starzy ludzie będą i muszą być żywieni. Jeżeli nie otrzymają emerytury, to muszą żyć na koszt rodziny, która będzie dzięki temu uboższą, albo ostatecznie po stwierdzeniu, że są bez środków do życia na koszt opieki społecznej a więc również na koszt państwa. Przed tą właśnie ewentualnością zabezpiecza ten plan. Ciężary, przezeń powodowane będą znośne, jeżeli całe społeczeństwo będzie je solidarnie ponosić i jeżeli zachęci się tych, którzy mogą jeszcze pracować, aby pracowali jak najdłużej.

Każdy plan ubezpieczeń społecznych — zdaniem Komisji — musi uwzględnić trzy kardynalne zasady. Musi on przewidywać dodatki na dzieci, musi zapewnić całemu społeczeństwu bezpłatną opiekę lekarską i musi zapobiegać masowemu bezrobociu.

Analizując te zagadnienia jako trzy podstawowe czynniki, zapewniające powodzenie planu zabezpieczenia społecznego, Beveridge szedł po następującej linii rozumowania. Słusznym jest zabezpieczenie obywatelowi dostatecznego dochodu także podczas przerwy w pracy. Ubezpieczenie społeczne jako część polityki opartej na zasadzie minimum społecznego koniecznego dla uniknięcia niedostatku, powinno przewidzieć taki system płac, któryby uwzględniał nie tylko godziwe wynagrodzenie za pracę, lecz uwzględniał także stan rodzinny pracownika. Stwierdzono bowiem, że nędza w Anglii była zawinioną nie tylko przez utratę zarobku, lecz i przez niestosunek między zarobkiem a wydatkami z powodu liczniejszej rodziny. Ażeby możliwie jak najlepiej wyrównać lukę między dochodem podczas pracy i w czasie utraty zarobku, należy wprowadzić dodatki na dzieci zarówno w czasie trwania pracy, jak i w okresie utraty zarobku. Także względy populacyjne przemawiają za tym, gdyż dodatki na dzieci umożliwiają rodzicom powiększanie się rodziny bez pogorszenia szansy życiowej dla już istniejących dzieci.

Z drugiej strony dodatki na dzieci powinny być wyrazem przejęcia przez społeczeństwo części odpowiedzialności rodziców za los dzieci. Dlatego też gdy rodzic zarabia, pierwsze dziecko nie otrzymuje dodatku, natomiast gdy rodzic korzysta z zasiłku z ubezpieczenia społecznego, otrzyma dodatki na wszystkie dzieci i to dodatki płynące z funduszów państwowych a nie z funduszu ubezpieczenia spo-

łecznego, gdzie te dodatki nie zostały skalkulowane w składce. Mimo to fundusz państwowy przewidziany na pokrycie wszystkich dodatków na dzieci pozostanie w administracji Ministra ubezpieczeń społecznych.

Zapewnienie bezpłatnej opieki lekarskiej jest również koniecznym dla należytego funkcjonowania ubezpieczeń społecznych zabezpieczających naród przed niedostatkiem. Opieka lekarska powinna być — zdaniem Komisji — zorganizowaną przez Ministerstwo Zdrowia a nie przez Ministerstwo Ubezpieczeń Społecznych. Celem tej opieki lekarskiej jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i uwolnienie się raz na zawsze od chorób zakaźnych. Komisja nie wypowiedziała się tylko na temat, czy ma być tam wprowadzony wolny wybór lekarza, praktyka lekarska indywidualna, czy grupowa, a także co do wynagrodzenia lekarzy, przyjmując tylko jedną zasadę to jest organizację służby zdrowia poza Ministerstwem Ubezpieczeń Społecznych. Aczkolwiek powszechna opieka lekarska ma objąć około 100% ludności, Komisja nie przewiduje, by plan ten wykończył całkowicie praktykę prywatną lekarzy. Ludzie zamożni płacą dziś za prywatne nauczanie mimo to, że państwo zapewnia każdemu bezpłatną naukę szkolną. W przyszłości osoby zamożne będą mogły również leczyć się na własny rachunek. Nie można będzie tylko nikogo zmusić do zapłaty honorarium lekarskiego.

Praktyka lekarska ulegnie oczywiście pewnemu ograniczeniu, choćby z tego powodu, że może się już nie opłacać, bo koszta jej mogą być większe, aniżeli dochody płynące z praktyki.

Komisja nie rozstrzygnęła też stanowczo, czy składka ubezpieczeniowa ma pokrywać także leczenie zakładowe, nie chcąc, aby wyschło całkowicie źródło utrzymania prywatnych szpitali, na utrzymanie których dotąd ludzie opodatkowali się dobrowolnie przeciętną kwotą $3^1/_2$ pensa tygodniowo. Jeżeli leczenie zakładowe ma być już zawarte w składce ubezpieczeniowej 4 szylingi i 3 pensy, to kwoty przypadające Ministerstwu Zdrowia z tego tytułu zostaną zużyte według jego uznania. Jeżeli nie jest zawarte, to ludzie gorzej sytuowani musieliby płacić za leczenie w szpitalu tak, jak dotychczas, tj. dobrowolnie z góry w formie opodatkowania się, albo dopiero w czasie leczenia zależnie od posiadanych środków finansowych. Idealnym rozwiązaniem jest udostępnienie każdemu obywatelowi opieki lekarskiej bez ograniczenia jej ekonomiczną barierą w postaci zapłaty, ponieważ brak środków finansowych mógłby być przyczyną zwłoki w uzyskaniu leczenia i byłby połączony z oczywistą szkodą dla zdrowia ludności. Komisja po dłuższych na ten temat rozważaniach proponuje, aby każdy obywatel miał prawo do bezpłatnej opieki lekarskiej tj. zarówno domowej, jak zakładowej, zależnie tylko od istotnej potrzeby jego stanu zdrowia na podstawie opłaconych przez niego składek ubezpieczenia społecznego. Wobec tego, że Komisja nie wykazała większego zainteresowania dla spraw związanych z organizacją opieki lekarskiej, pozostawiając je Ministerstwu Zdrowia, oczekuje, że sprawa ta znajdzie ostateczne rozwiązanie przy sposobności omawiania szczegółów dotyczących organizacji opieki lekarskiej w Ministerstwie Zdrowia. Ministerstwo Ubezpieczeń społecznych w Anglii nie posiada zainteresowania dla spraw organizacji służby zdrowia.

Zastanawiając się nad trzecią zasadą gwarantującą powodzenie tego planu Komisja stwierdziła, że w Anglii całkowity dochód społeczeństwa wystarczał aby usunąć niedostatek ludności przy pomocy rozdziału tego dochodu między klasy zarabiające nawet jeżeliby się w niczym nie ograniczyło klas posiadających. Nędza w Anglii była tylko niepotrzebnym skandalem, zawinionym o tyle, że nie czyniono nic, aby jej zapobiec. Wzrastające przed wojną zarobki robotnicze sprawiały, że nędza się powoli zmniejszała, jednak jej całkowicie nie zniosły. Tym środkiem, który prowadzi do ustalenia narodowego minimum, ponad którym zacznie się dobrobyt i zaniknie nędza mają być obecnie zaproponowane ubezpieczenia społeczne.

Z wojny światowej 1914—1918 i czasów, które po niej nastąpiły należy dziś wyciągnąć naukę, że i obecna wojna nie musi zniszczyć całego świata a tylko Anglii przynieść dobrobyt. Po czterech latach wojny światowej międzynarodowy handel już się ocknął i Anglia musiała wówczas wstąpić w głównym przemyśle w okres masowego bezrobocia. Obecna wojna może przynieść jeszcze większe troski i szkody dla narodu angielskiego. Byłoby jednak defetyzmem przypuszczać, że trudności są nie do pokonania, że tym razem naród angielski ulegnie, że postęp techniczny skończył się lub może się skończyć i że Anglik przyszłości musi być ubogi, ponieważ chce wydać wszystkie oszczędności Ojców.

Zniesienie nędzy nie może być przeprowadzone tylko przez zwiększenie produkcji a bez wglądu w sposób jej rozdziału. Poprawny rozdział produkcji nie oznacza podziału jej między różne czynniki produkcji. Lepszym rozdziałem jest podział siły kupna między samych zarabiających, aniżeli między czasem zarabiających i nie zarabiających wcale. Zarówno ubezpieczenia społeczne, jak i dodatki rodzinne są zasadniczym czynnikiem rozdziału społecznego dochodu. Ten lepszy rozdział w dodatku do powszechnego dobrobytu ludności może się stać przyczyną wzrostu zamożności społeczeństwa, zwłaszcza, jeżeli się utrzyma fizyczną tężyznę narodu. Świadomie przewidziane obciążenie nie może być nigdy nadmiernym ciężarem dla społeczeństwa. Niedostatek może być usunięty w Anglii po wojnie tak, jak mógł być usuniętym już przed wojną, lecz pod warunkiem, że naród angielski nie będzie uboższym, aniżeli przed wojną a nie będzi nim, jeżeli nie będzie mniej produktywnym, aniżeli jego rodzice.

Czasy powojenne mogą przynieść zwolnienie społeczeństwa od nędzy, jeżeli wszystkie narody postanowią współpracować pokojowo dla produkcji i jeżeli nie będą spiskować dla zniszczenia się wojną, czy to otwartą czy ukrytą, jeżeli dostosuje się politykę ekonomiczną Anglii tak, aby produktywne zajęcia zostały utrzymane i jeżeli plan ubezpieczeń społecznych tak będzie skonstruowany, że będzie wolny od niepotrzebnych wydatków na administrację i inne straty, wreszcie jeżeli decyzja co do ostatecznej

formy ubezpieczeń społecznych zostanie powziętą już w czasie wojny.

Plan ten nie daje nikomu „coś za nic“, ani też nikogo nie zwalnia od całkowitej odpowiedzialności. Zabezpiecza on tylko dochód na utrzymanie, pod warunkiem pracy i opłacania składek, co równocześnie pozwoli płatnikowi na utrzymanie jego zdolności zarobkowej. Może on być przeprowadzony tylko zdecydowaną wolą angielskiej demokracji, która pragnie raz na zawsze uwolnić się od nędzy, dla której nie ma ekonomicznego, ani moralnego usprawiedliwienia. Jeżeli wspólne wysiłki zostaną uwieńczone pomyślnym rezultatem, pozwoli on na pracę wszystkich z świadomością, że stanęli już ponad minimum egzystencji i mogą teraz zaspokoić potrzeby nie tylko czysto fizyczne, lecz i wyższe.

Są tacy — zdaniem Beveridge'a — którzyby chcieli odłożyć realizację tego planu do czasów powojennych, aby skoncentrować wszystkie wysiłki narodu dla spraw związanych z wojną. Oczywiście, jeżeli tylko Anglia przeżyje tę wojnę zwycięsko, to zapewni ona tym, którzy wojnę przeżyją wolność i szczęście. Tylko skoncentrowany wysiłek całego społeczeństwa może rokować zwycięstwo. Trzeba jednak zdać sobie również sprawę z tego, że celem zwycięstwa jest życie w lepszym świecie i że każdy obywatel może swe wysiłki łatwiej skoncentrować, jeżeli czuje, że rząd przygotuje plany lepszego świata. Jeżeli ten plan ma być gotów w swoim czasie, musi być gotów już dziś.

Obwieszczenie reformy polityki społecznej podczas wojny — zdaniem Beveridge'a — może się nawet przyczynić do zwycięstwa. Jaką wagę przywiązują do tych reform przywódcy demokracyj po obu stronach Atlantyku, dowodem tego jest V-ta klauzula Karty Atlantyckiej, z której wynika, że życzeniem tych przywódców jest „wprowadzenie najpełniejszej współpracy wszystkich narodów na polu ekonomicznym z zapewnieniem wszystkim wyższego poziomu pracy, postępu ekonomicznego i zabezpieczenia społecznego“.

Nie jest to więc usiłowanie jednego narodu dla uzyskania korzyści tylko dla swych obywateli na koszt innych walczących we wspólnej sprawie, lecz jest udziałem Anglii w budowaniu lepszej przyszłości. Jest ono dowodem wiary, że troską rządów w pokoju i wojnie jest nie sława władcy, lecz szczęście zwykłego człowieka. Ta wiara jednoczy poprzez różnice ustrojów państwowych wszystkie demokracje sprzymierzonych i ona właśnie różni sprzymierzone narody od ich wrogów!

Chcąc przeprowadzić porównanie planu Beveridge'a z obowiązującymi od 1934 r. ubezpieczeniami społecznymi w Polsce, musimy to porównanie przeprowadzić odnośnie do zakresu osób objętych ubezpieczeniem społecznym, odnośnie do składki ubezpieczeniowej i odnośnie do świadczeń z ubezpieczeń społecznych, do których ubezpieczony w Polsce ma prawo.

Idea scalenia ubezpieczeń społecznych w Polsce została już zrealizowaną w 1934 roku. Zakres osób objętych ubezpieczeniem społecznym obejmuje w Polsce świat pracy pozostający w stosunku pracy najemnej i stosunku służbowym z wyłączeniem — niestety — pracowników rolnych.

Pracownicy rolni w małych gospodarstwach nigdy nie podlegali ubezpieczeniu społecznemu, w gospodarstwach dużych zostali właśnie przy sposobności scalenia ubezpieczeń wyjęci spod ubezpieczenia chorobowego i podlegali odtąd tylko ubezpieczeniu wypadkowemu. Tylko w poznańskim ubezpieczenie pracowników rolnych, które tam miało już starą tradycję pozostało nadal jako ubezpieczenie emerytalne i wypadkowe. Prócz robotników rolnych nie podlegali ubezpieczeniu chorobowemu pracownicy państwowi, którzy mieli własną, ale niedostateczną organizację opieki lekarskiej, pracownicy P. K. P. którzy posiadali również własną opiekę lekarską, oraz pracownicy najemni, zarabiający ponad 725 złotych miesięcznie i osoby pracujące zarobkowo samodzielnie a więc kupcy, rzemieślnicy i wolne zawody. Ustawa przewidywała wprawdzie dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w ramach ustawy o ubezpieczeniu społecznym, jednak poza kilku pracodawcami rolnymi dobrowolne ubezpieczenie grupowe nie odegrało nigdzie większej roli. Dopiero niedawno przejęły Ubezpieczalnie Społeczne wszystkich urzędników państwowych, rencistów i emerytów do ubezpieczenia chorobowego przypuszczalnie na zasadzie ubezpieczenia ich przez instytucję wypłacającą im pobory, emeryturę, względnie rentę starczą. Sprawa ta uregulowana na razie tymczasowo czeka na definitywną decyzję władz.

Jeżeli chodzi o składkę ubezpieczeniową, to sama składka za ubezpieczenie chorobowe wynosi dla robotnika 5% zarobku, dla pracownika umysłowego 4,6%, które rozkładają się w połowie na pracodawcę i w połowie na ubezpieczonego. Składka za ubezpieczenie wypadkowe jest uzależniona od stopnia niebezpieczeństwa, na jakie naraża pracownika praca w danym zakładzie i obciąża w całości tylko pracodawcę. Składka za ubezpieczenie emerytalne robotnika wynosi 5,2% zarobku, z czego 3,3% obciąża pracodawcę, 1,9% pracownika. Składka w górnictwie i hutnictwie jest wyższa i wynosi 5,8%, co rozkłada się następująco: 3,6% przypada na robotnika, 2,2% na pracodawcę. Składka emerytalna dla pracowników umysłowych wynosi 8%, z czego przy zarobkach do 400 złotych pracodawca ponosi 3/5, pracownik 2/5, przy zarobkach do 800 złotych płacą zarówno pracodawca jak i pracownik składkę 8% po połowie, przy zarobkach ponad 800 złotych płaci pracodawca 2/5, pracownik 3/5 składki.

Fundusz pracy jako ubezpieczenie na wypadek braku pracy składa się z 2% zarobków, z czego 1,5% obciąża pracodawcę a 0,5% pracownika fizycznego. Pracownicy umysłowi płacą od 1,4% do 1,68%, pracodawcy od 1% do 2,8% *).

Górna granicy zarobku zwalniająca pracowników zarabiających ponad 725 złotych miesięcznie od ubezpieczenia chorobowego została również dopiero teraz zniesioną, podobnie, jak dopłaty za porady, zabiegi lecznicze i za leki, które nie przedstawiały pod względem finansowym żadnej istotnej wartości a były stałym zarzewiem niezadowolenia ubezpieczonych

*) W ostatnich dniach pod wpływem żądań związków zawodowych czynniki decydujące rozważają możliwość obciążenia całością składek ubezpieczeniowych tylko pracodawców.

i nieporozumień między nimi a lekarzami i aptekami Ubezpieczalni Społecznych.

Świadczenia z tytułu ubezpieczenia chorobowego w Polsce są ograniczone co do czasu ich trwania i to zarówno w odniesieniu do samego ubezpieczonego, który może leczyć się najdłużej przez 26 tygodni w każdym poszczególnym przypadku choroby, jak w odniesieniu do członków jego rodziny, która może się leczyć także najwyżej 13 tygodni w każdym poszczególnym przypadku choroby.

Zasiłek chorobowy wynosi 60% zarobku i może być pobieranym również nie dłużej aniżeli 26 tygodni. Na każde trzecie dziecko otrzymuje ubezpieczony dodatki na dzieci, razem nie więcej, aniżeli 75%. Zasiłek połogowy wynosi 75% zarobku i może być pobieranym przez 8 tygodni. Zasiłek na karmienie wynosi ekwiwalent jednego litra mleka dziennie przez 12 tygodni. Zasiłek pogrzebowy wynosi trzytygodniowy zarobek, w razie śmierci członka rodziny zasiłek pogrzebowy wynosi połowę, podobnie, jak połowę otrzymują w razie karmienia członkowie rodziny.

Oczywiście ograniczenia czasowe stosowane w lecznictwie są bardzo bolesne dla tych wszystkich, którzy mają to nieszczęście że chorują na gruźlicę, cukrzycę, chorobę psychiczną, zapalenie szpiku kostnego itp. Tylko gruźlica została uznana obecnie za chorobę o tak społecznym znaczeniu, że należy ją leczyć bez czasowego ograniczenia. Jednakże leczenie zakładowe osób, które wyczerpały statutowy okres świadczeń na koszt ubezpieczenia długoterminowego natrafia ciągle jeszcze na poważne trudności.

Na wypadek macierzyństwa korzysta ubezpieczona w Polsce z bezpłatnej opieki lekarskiej przed, w czasie i po porodzie i z opieki egzaminowanej położnej. Zasiłek połogowy, o którym wyżej wspomniałem ma być według oświadczenia czynników rządowych wkrótce podniesionym do 100% zarobku. Członkowie rodziny ubezpieczonego korzystają w razie macierzyństwa tylko ze świadczeń rzeczowych.

Pod jednym względem stoimy bezspornie wyżej, aniżeli Anglia tj. pod względem leczenia szpitalnego, które nie jest ograniczone w naszym ubezpieczeniu chorobowym co do samej zasady a jedynie może być ograniczonym co do czasu jego trwania, gdyż nie może wykraczać poza statutowy okres 26 względnie 13 tygodni.

Ubezpieczenie emerytalne pracowników umysłowych jest ubezpieczeniem w ramach ustawy o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, która ukazała się 24. XI. 1927, jest więc znacznie starszym aniżeli ubezpieczenie emerytalne robotników, wprowadzone na znacznej części Polski dopiero ustawą scaleniową z 1933 roku. Ubezpieczenie to przyznaje pracownikowi, który ukończył 65 lat albo który wskutek ułomności cielesnej lub umysłowej utracił ponad 50% swej zdolności 40% rentę, obliczoną według przeciętnej z jego poborów. Po 10 latach policzalnej pracy renta ta wzrasta o 1/6% za każdy miesiąc. Okres wyczekiwania wynosi 60 miesięcy.

Ustawa o ubezpieczeniu pracowników umysłowych przewiduje ponadto leczenie zapobiegawcze i restytucyjne na koszt ubezpieczenia emerytalnego.

Okres wyczekiwania w ubezpieczeniu emerytalnym robotniczym wynosi 200 tygodni w ostatnich 10 latach z czego najmniej 50 tygodni w ostatnich trzech latach. Renta emerytalna robotnicza składa się z renty zasadniczej i kwoty indywidualnej. Kwota zasadnicza odpowiada 10—16% przeciętnego zarobku miesięcznego wszystkich ubezpieczonych, którym w ubiegłym roku przyznano rentę. Kwota indywidualna wynosi od 10 do 40% przeciętnego zarobku ubezpieczonego. Dodatki na dzieci, którymby przysługiwała renta sieroca wynoszą 1/10 kwot. zasadniczej i indywidualnej, jednak bez jej wzrostu. Wszystkim rencistom przysługuje leczenie na koszt właściwego funduszu emerytalnego.

Niestety, doświadczenie wykazuje, że ani renta pracownika umysłowego a tym mniej renta starcza robotnika nie zapewnia jeszcze żadnemu z nich minimum egzystencji.

Renta pełna w ubezpieczeniu wypadkowym tj. w razie całkowitej niezdolności do zarobkowania z powodu wypadku przy pracy lub z powodu choroby zawodowej wynosi $66^2/_3$% zarobku, bez górnej granicy. Niezdolność częściową wyrównują renty mniejsze obliczane procentowo.

Ubezpieczenie na wypadek braku pracy zapewnia pracownikowi fizycznemu pozbawionemu pracy zasiłek przez 13 wzgl. 17 tygodni w roku, pracownikowi umysłowemu zasiłek przez 26 tygodni.

Z tego najpobieżniejszego porównania wynika, że ubezpieczenie społeczne w Polsce mimo scalenia jest w szczegółach nadzwyczaj skomplikowane, wskutek czego administracja jego musi być znacznie droższą, aniżeli w Anglii. Nie obejmując wszystkich ryzyk obejmuje ono tylko świat pracy i to nie zupełnie, gdyż pracownicy najemni w gospodarstwach rolnych nadal nie podlegają ubezpieczeniu społecznemu, a ubezpieczenie chorobowe nie obejmuje jeszcze olbrzymiej części narodu tj. ludności wiejskiej. Jakie ma to znaczenie dla zdrowia narodu, zdajemy sobie doskonale sprawę. Może ten rozmach z jakim Anglia reformuje i modernizuje swoje ubezpieczenia społeczne doda i nam odwagi do wprowadzenia w naszych ubezpieczeniach tych zmian, które uznajemy dziś za najkorzystniejsze tj. rozszerzenie ubezpieczenia chorobowego przynajmniej na ludność wiejską.

Czy można z planu Beveridge'a wyciągać wnioski dla naszych ubezpieczeń?

Ubezpieczenia społeczne zaproponowane przez Komisję Beveridge'a, których wprowadzenie w życie po zwycięstwie Partii Pracy zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, mogą być wprowadzone tylko w tak zorganizowanym społeczeństwie, jak angielskie. Opierają się one nie tylko na składkach ubezpieczonych i składkach pracodawców, lecz na udziale państwa, które partycypuje później w 3/5 funduszu ubezpieczeń społecznych. Wydatki na nie muszą więc być nie tylko co roku w budżecie państwowym przewidziane, lecz co ważniejsze realizowane. Zaniechanie tego, niepunktualna wypłata dotacyj z funduszów państwowych podważyłaby nie tylko praktyczne wykonanie tego planu, lecz co gorsze godziłyby w samą ideę zabezpieczenia społecznego.

Obawiam się, że nasz młody system podatkowy nie zapewnia państwu jeszcze płynnej gotówki w tą-

kiej ilości, aby można było liczyć na pewny udział państwa w ponoszeniu kosztów ubezpieczeń społecznych wykonanych w tak olbrzymiej skali.

Także idea zabezpieczenia obywatelowi minimum społecznego jest dla nas jeszcze pojęciem obcym, skoro pobory nasze dziś nikomu jeszcze tego minimum nie zapewniają. Cóż dopiero mówić o tym, aby renty starcze, zasiłki chorobowe i zasiłki z bezrobocia miały ich odbiorcom zapewnić minimum egzystencji! Gdy nasz ustrój demokratyczny stężeje, i gdy z naszej społeczności zostaną wyeliminowane jednostki zarabiające w sposób kolidujący z prawem, a więc „szabernicy" i inne „niebieskie ptaki", które „zbierają nie orząc i nie siejąc", a które mają dziś jeszcze zapewnioną na wolności egzystencję, musi przyjść i u nas czas na zabezpieczenie egzystencji człowiekowi pracy i inwalidzie pracy *).

---

*) *Social Insurance and allied services: The Beveridge report in brief. London. H. M. Stationary Office 1942. str. 63.*

ZJAZD DYREKTORÓW I LEKARZY NACZELNYCH UBEZPIECZALNI SPOŁECZNYCH W ŁODZI

W dniach 30 i 31 lipca 1945 r. odbył się w Łodzi Zjazd Dyrektorów i Lekarzy Naczelnych Ubezpieczalni Społecznych, zwołany przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej. W Zjeździe wzięli udział: wiceminister dr Giebartowski, który prowadził obrady, dyrektor departamentu ubezpieczeń społecznych dr Altman, Komisarz Zakładu ubezpieczeń społecznych p. Pasternak, Naczelny Dyrektor Zakładu dr M. Stawiński, urzędnicy Ministerstwa Pracy i prawie wszyscy Lekarze Naczelni Ubezpieczalni Społecznych.

Imieniem Ministra Zdrowia powitał Zjazd dr Mierzecki. Wiceminister, a zarazem Naczelny Komisarz do walki z epidemiami doc. dr Morzycki podniósł w swej przemowie powitalnej znaczenie ubezpieczeń społecznych dla zdrowotności państwa. Zdaniem jego przyszła powszechna Służba Zdrowia powinna oprzeć się na istniejącym ubezpieczeniu chorobowym, gdyż dzięki temu będzie mogła swe cele szybciej w życie wprowadzić. Odcięcie w obecnej chwili gałęzi lecznictwa od pnia ubezpieczeniowego mogłoby wywołać poważne zaburzenia w funkcjonowaniu ubezpieczeń społecznych. Ministerstwo Zdrowia powinno natomiast już obecnie uzyskiwać wpływ na sprawy personalne i na ogólny kierunek lecznictwa ubezpieczeniowego, które musi się dostosować do ogólnego planu Ministerstwa Zdrowia.

Dyrektor Departamentu Ubezpieczeń Społecznych dr Altman stwierdził, że naczelnym zadaniem Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej jest odbudowa i przebudowa ubezpieczeń społecznych. Muszą one zapewnić światu pracy należne mu świadczenia oraz przystosować swą działalność do odbudowy kraju. Należy wyeliminować z ubezpieczeń wszelką biurokrację i zapewnić ubezpieczonemu taką opiekę lekarską, któraby wzmogła jego wydajność w pracy. Niestety, „instytucje ubezpieczeń społecznych" — zdaniem dyr. Altmana — „nie cieszą się jeszcze należytą popularnością w społeczeństwie i na ostatnim Zjeździe Kierowników Zakładów Przemysłowych w Katowicach podnoszono, że ich wadliwe funkcjonowanie hamuje wydajność pracy robotników".

Naczelny Dyrektor Zakładu Ubezpieczeń Społecznych dr Stawiński przedstawił w swym doskonałym referacie obecny stan Ubezpieczalni Społecznych w Polsce. Wydatki na świadczenia dochodzą już do 78% przypisu, wydatki na leki wykazują stałą tendencję do wzrostu. Wprawdzie składka przeciętna wzrosła pięciokrotnie w stosunku do składki przedwojennej, jednak wydatki na leczenie szpitalne wzrosły dziesięciokrotnie, a koszty administracyjne wzrosły do 16%. Jeszcze 10 Ubezpieczalni wykazuje niedobór w wysokości ponad 1 milion złotych miesięcznie, zaś zadłużenie skarbu państwa w Ubezpieczalniach Społecznych wynosi do tej pory ponad 20 milionów złotych. Dr Stawiński zakończył swój referat apelem do Ministerstwa o zbadanie możliwości rozszerzenia pomocy lekarskiej na ludność wiejską oraz o jak najszybsze ustawowe uregulowanie ubezpieczenia chorobowego urzędników państwowych.

Dr Kunicki, Lekarz Naczelny Ubezpieczalni Społecznej w Łodzi, omówił zagadnienie lecznictwa w Ubezpieczalniach Społecznych, jego stan organizacyjny, obecne braki i zadania. Dr Kunicki podniósł między innymi, że rola lekarzy fabrycznych w Łodzi została spaczona, gdyż lekarze fabryczni w Łodzi stali się w przeważnej części lekarzami domowymi, dzięki czemu nie mają czasu na zajęcie się zagadnieniami higieny zakładu pracy. Nie wierząc w efekty przymusowej pracy dla społeczeństwa pragnie dr Kunicki związać lekarzy Ubezpieczalni jak najściślej z instytucją.

Dr Hummel omówił zagadnienie chorób zawodowych, którym na uniwersytetach poświęca się zbyt mało uwagi i stwierdził, że lekarz fabryczny nie powinien leczyć pracowników zakładu pracy, lecz poświęcić się całkowicie higienie zakładu dla utrzymania jaknajwyższej wydajności pracy pracowników.

Po zwięzłych sprawozdaniach Dyrektorów i Lekarzy Naczelnych Ubezpieczalni w Łodzi, Poznaniu, Sosnowcu, Lublinie, Siedlcach, Włocławku i Warszawie, po sprawozdaniu Komisarzy organizacyjnych Ubezpieczalni Społecznych na wojew. gdańskie i na wojew. śląsko-dąbrowskie, wreszcie po sprawozdaniu lekarza naczelnego w Katowicach wywiązała się dyskucja w której zabierali głos zarówno Dyrektorzy jak i Lekarze Naczelni poruszając aktualne ich bolączki. Główną troską lekarzy naczelnych był brak leków i środków komunikacyjnych dla przewozu chorych — dyrektorów zaś zaległości skarbu państwa (w Krakowie przekraczają już 6 milionów) i odpływ sporej liczby wysoko kwalifikowanych pracowników na tereny zachodnie.

W dyskusji zabrał głos również dr Szumski, który zarzucił masowemu lecznictwu, że nie docenia w masówce ambulatoryjnej psychicznej strony chorego, że jest ono zbyt objawowe a mało przyczynowe, że zaniedbuje anemnezę zawodową pracownika, pomija prawdziwe przyrodolecznictwo i nie docenia akcji zapobiegawczej i propagandy higieny warsztatu pracy i higieny życia codziennego, co posiada niewątpliwy wpływ na częstość zachorowalności. Dr Szumski zaproponował między innymi wprowadzenie hierarchizacji lekarzy w ambulatoriach podobnie jak to ma miejsce w szpitalach, gdzie są ordynatorzy, starsi i młodsi asystenci dla umożliwienia przeprowadzenia w sposób taktowny i koleżeński fachowej kontroli lecznictwa społecznego.

Dr Ciećkiewicz stwierdził, że wszyscy zebrani są zgodni co do konieczności zapewnienia całej ludności należytej opieki zdrowotnej, chodzi tylko o to, aby zdecydować się, czy ma się to stać drogą Powszechnej Służby Zdrowia w oparciu o szpitale powiatowe, ośrodki zdrowia i gabinety lekarskie — jak to proponuje dr Kacprzak — czy też drogą rozciągnięcia dalszej sieci lekarzy domowych na wsi i rozbudowy istniejących ambulatoriów specjalistycznych w miastach. Podkreślając wyniki wieczorów dyskusyjnych poświęconych temu zagadnieniu w Krakowie stwierdza, że tylko rozbudowa istniejącej sieci lekarzy Ubezpieczalni i rozciągnięcie przymusu ubezpieczenia chorobowego na ludność wiejską rozwiąże zagadnienie opieki lekarskiej dla ludności wiejskiej w sposób najbardziej celowy. Drugą sprawą poruszoną przez dra Ciećkiewicza było zagadnienie systemu lecznictwa społecznego, które nie powinno ulegać w tej chwili żadnej reformie, ponieważ w najcięższych chwilach zdało egzamin życia. System lekarza domowego ulepszony przez dodanie każdemu lekarzowi na cały dzień pielęgniarki powinien być nadal zachowany. Lekarz fabryczny nie powinien leczyć pracowników fabrycznych, lecz być higienistą zakładu pracy. Z przykrością stwierdził dr Ciećkiewicz, że nikt nie poruszył tej do tej pory sprawy profilaktyki, która była przez sześć lat zakazaną przez okupanta i której znaczenie wszyscy należycie doceniamy. Dr Ciećkiewicz wspólnie z Lekarzem Naczelnym w Gdańsku drem Wasilewskim zgłosili następujące wnioski:

1) Zjazd Dyrektorów i Lekarzy Naczelnych uważa, że zapewnienie opieki lekarskiej całej ludności państwa a przede wszystkim ludności wiejskiej winno być przeprowadzone drogą rozszerzenia przymusowego ubezpieczenia chorobowego na

ludność wiejską. Dalsza rozbudowa ośrodków zdrowia i szpitali powiatowych przyczyni się do poprawy stanu zdrowotności w państwie.

2) Zjazd Dyrektorów i Lekarży Naczelnych uważa za najbardziej celowy system lekarza domowego z ambulatoriami specjalistycznymi jako uzupełnieniem w ośrodkach miejskich. Zjazd podnosi znaczenie rozbudowy sieci lekarzy fabrycznych, którzy winni czuwać nad higieną zakładu pracy, oraz lekarzy szkolnych celem zapewnienia opieki higieniczno-lekarskiej młodzieży szkolnej.

3) Zjazd Dyrektorów i Lekarży Naczelnych uważa za konieczne wprowadzenie we wszystkich uczelniach akademickich kształcących lekarzy, katedr medycyny społecznej, celem zapoznania studentów medycyny z zagadnieniami medycyny ubezpieczeniowej i społecznej.

Wszystkie wnioski zostały przyjęte. Innych wniosków nie zgłoszono.

Naczelnik Wydziału w Ministerstwie Pr. i Op. Społ. p. Biernat, zwrócił uwagę na sposób załatwiania roszczeń ubezpieczonych, polecając załatwiać je szybko i sprawnie.

Naczelnik wydziału normatywno-prawnego p. Frankowska, poinformowała zebranych o zamierzeniach Ministerstwa na najbliższą przyszłość. Ministerstwo zamierza podwyższyć przede wszystkim zasiłek połogowy do 100%, odpowiednio do tego także zasiłek chorobowy, ponadto zamierza jednolicie przerzucić na pracodawcę 2/3 składki ubezpieczeniowej, a 1/3 na pracownika, oczywiście poza ubezpieczeniem wypadkowym, w którym cała składka nadal będzie obciążać pracodawcę.

Po zamknięciu Zjazdu przez wiceministra dra Giebartowskiego, który z żalem podniósł zbyt małe zainteresowanie zebranych dla ziem zachodnich, urzędnicy Ministerstwa udzielali zebranym indywidualnych wyjaśnień na stawiane im zapytania.

Zjazd, który się odbył należy ocenić pozytywnie. Po raz pierwszy od czasu odzyskania niepodległości mieli Lekarze Naczelni sposobność wymienić swe doświadczenia z różnych terenów państwa oraz zetknąć się z czynnikami odpowiedzialnymi za losy ubezpieczeń społecznych. Zapewnienie dyr. Altmana, że Ministerstwo nie zgodzi się na wyłączenie lecznictwa ubezpieczeniowego i na „skok w nieznane" pozwala przyjąć że ubezpieczeniom społecznym nie grożą w najbliższej przyszłości żadne wstrząsy, co więcej, że Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej biorąc w swe ręce inicjatywę rozszerzenia przymusowego ubezpieczenia chorobowego na ludność wiejską doprowadzi szybko nie tylko do zapewnienia opieki lekarskiej ludności wiejskiej, lecz przy tej sposobności zmaże także z siebie winę wyłączenia z dniem 1 stycznia 1934 r. z ubezpieczenia chorobowego 1,367.000 robotników rolnych (wraz z rodzinami około trzech milionów osób) poświęconych obszarnikom za cenę głosowania za ustawą o ubezpieczeniu społecznym.

Dr M. C.

* * *

MINISTER ZDROWIA O UBEZPIECZALNIACH SPOŁ.

W wywiadzie udzielonym „Kurierowi Codziennemu" oświadczył Minister Zdrowia dr Fr. Litwin, co następuje:

Z chwilą powołania do życia Ministerstwa Zdrowia, stało się oczywiste, że sprawy lecznictwa muszą wypaść z kompetencji innych resortów i wejść w ramy Służby Zdrowia. Nie znaczy to jednak, by Ministerstwo miało przejąć całokształt lecznictwa Ubezpieczalni Społecznych. Wystarczy nam jedynie kontrola i opieka nad lecznictwem jako rękojmia owocnej współpracy dla zdrowia Narodu.

Ministerstwo nie chce być placówką biurokratyczną. Chcemy osiągnąć wyniki tylko przez harmonijne współdziałanie ze społeczeństwem, którego zdanie Ministerstwo będzie zawsze respektowało w swym programie.

Samo życie, wcześniej czy później, uregulowałoby konieczny nadzór publicznej Służby Zdrowia nad lecznictwem Ubezpieczalni, przy realizowaniu obecnego jednolitego programu. W zastosowaniu praktycznym przejęcie nadzoru Ministerstwa Zdrowia nad lecznictwem Ubezpieczalni Społecznych powinno przejść bez żadnych wstrząsów. Już dzisiaj zaznacza się grawitacja lecznictwa Ubezpieczalni w kierunku publicznej Służby Zdrowia.

Lecznictwo Ubezpieczalni miało dotychczas właściwie tylko formę ambulatoryjną z pominięciem spraw sanitarnych i profilaktyki, na co Ministerstwo kładzie szczególny nacisk. Pacjentów na kurację szpitalną kierowały Ubezpieczalnie i tak przeważnie do szpitali państwowych lub samorządowych pokrywając koszty leczenia. Współpraca Ubezpieczalni z Ministerstwem Zdrowia w ramach publicznej Służby Zdrowia dałaby w skutkach znaczne oszczędności.

Dążymy, w myśl słusznych założeń Związków Zawodowych, do zebrania wszystkich pracowników Służby Zdrowia w jednym ogólnym Związku Zawodowym i nie rozpraszania się na związki pracowników państwowych, komunalnych, Ubezpieczalni Społecznej itd. Mając do czynienia z jednym związkiem, możemy racjonalnie gospodarować siłami lekarskimi, pielęgniarskimi, dentystycznymi, farmaceutycznymi i unormować wreszcie jednolitość płac. Stoimy na stanowisku że w walce o zdrowie narodu każdy pracownik Służby Zdrowia ponosi wspólną odpowiedzialność. W związku chcemy widzieć ramię przy ramieniu lekarza obok pielęgniarzy, szofera, samitarki, praczki szpitalnej i dozorcy.

Na zapytanie, czy Mtwo Zdrowia bierze w rachubę zastosowanie przymusu w rozsiedlaniu pracowników Służby Zdrowia zależnie od potrzeb wsi i miasteczek, oświadczył Minister Zdrowia:

Tego chcielibyśmy za wszelką cenę uniknąć. Samarytański obowiązek naszej pracy wymaga wysokiego poziomu etycznego a tych kwalifikacji nie zdobędziemy na drodze rygorystycznej. Uspołecznienie pracowników Służby Zdrowia będziemy starali się osiągnąć przez Związek Zawodowy, który musi być katalizatorem twórczego, demokratycznego pierwiastka w łonie pracowników. Jeżeli jednak okaże się, że pewne jednostki czy grupy pracowników nie dorosły etycznie do godności prawdziwych sług ludzkości, to — podkreślam — że jesteśmy zdecydowani i dość energiczni, aby nasz dział inspekcyjny uzupełnić egzekutywnym. Medycyna nie może być towarem i przedmiotem spekulacji. Nasze Ministerstwo jest młode — kończy rozmowę Minister dr Litwin — lecz stara się zdać egzamin obywatelskości wobec społeczeństwa. nawet w tak trudnych warunkach powojennej rzeczywistości".

* * *

Ubezpieczenie chorobowe dla wsi. Zjazd Związku Zawodowego Pracowników Instytucji Ubezpieczeń Społecznych w Łodzi uchwalił rezolucję domagającą się, aby cała zawodowo czynna ludność wiejska, tak najemna, jak samodzielna, była przymusowo ubezpieczona na wypadek choroby. Poza tym należy wprowadzić ubezpieczenie emerytalne robotników rolnych i wdowom po robotnikach obarczonych dziećmi przyznać rentę wdowią niezależnie od niezdolności do zarobkowania.

Prezesem wybrano ob. Sasima, wiceprezesem ob. Sawickiego i Bugajskiego (Wg K. C. 14/9 45).

* * *

KRAKOWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE

Protokół

z posiedzenia naukowego z dnia 6 czerwca 1945 r.

(c. d.)

Doc. Tochowicz (z Kliniki wewnętrznej U. J. prof. Tempki) przedstawił przypadek ostrego zapalenia mięśnia sercowego w rentgenogramie i elektrokardiogramie.

Chory lat 24 podchor. W. P. zgłasza się do Kliniki dnia 22 III 1945 z powodu ataków kaszlu, duszności wysiłkowej, uczucia ściskania na szyi, obrzęków na twarzy i na nogach Wymienione objawy występowały w mniejszym nasileniu nie stale na 2 do 3 dni przed przybyciem do Kliniki. Chory podaje, że choroba rozpoczęła się po wielkim przemęczeniu fizycznym, przy złych warunkach mieszkaniowych i odżywieniowych. Praca polegała na ciągłych ćwiczeniach, defiladach i służbie wartowniczej. Po zejściu z ostatniego posterunku z warty nie mógł już ujść ani 50 m z powodu kaszlu i duszności, tak, że z wielkim trudem przy pomocy kolegów wrócił do koszar z wartowni, która była odległa o 1/2 do 3/4 km. W dzieciństwie przebył szkarlatynę, odrę, zapalenie przyusznic i dość często miewał bóle gardła. Pali do 10 papierosów, alkoholu

nie używa. Sportów żadnych nie uprawiał. Dziedziczność bez znaczenia.

Stan przedmiotowy: budowa prawidłowa, powieki nieznacznie obrzękłe, białkówki nieco podżółtaczkowe, gruczoły podszczękowe macalne, gardło zaczerwienione, migdałki lekko uwypuklają się. Klatka piersiowa symetryczna, oddechowo średnio ruchoma. Dołki nadobojczykowe zaznaczone. Wypukiem — przytłumienie po obu stronach w dole płuc do dolnego kąta łopatki, ruchomość płuc ograniczona. Osłuchowo nad przytłumieniem szmery oddechowe osłabione, przewodnictwo szeptu i głosu również osłabione. Serce — uderzenie koniuszkowe niewidoczne, macalne w V międzyżebrzu na zewnątrz linii środkowo-obojczykowej, prawa granica na 2—3 cm na prawo od linii mostkowej, lewa granica na 2 cm na zewnątrz linii środkowo-obojczykowej. Tony czyste, II nad płucną bardzo wybitnie akcentowany, akcja miarowa około 60/min. Tętno równe, średnio napięte, miarowe, miernie wypełnione. Ciśnienie krwi 135/80. Wątroba macalna, tkliwa. W okolicy kostek ślady obrzęków. Badania dodatkowe — mocz makroskopowo chemicznie i mikroskopowo bez zmian. Leukocytoza 4.700, obraz c. białych prawidłowy, OWa ujemny OB $\frac{3}{7}$. Rentgen dnia 23 III 1945, serce obustronnie znacznie powiększone, wymiary Mr 5,9 cm, Ml — 10,3 cm, L — 15,7 cm; 4 IV Mr 4,7 cm, Ml — 8,2 cm, L — 14 cm.

Elektrokardiograf 23 III 1945 lewokardiogram, T spłaszczone we wszystkich odprowadzeniach, S III zazębione, ORS = 0,09 sek.

Dnia 4 V 1945 i następnie kilkakrotnie powtarzane wykazują: lewokardiogram, T zupełnie prawidłowe we wszystkich odprowadzeniach, S II i S III zazębione i nieco szersze, QRS = 0,1 sek. Ekg po wysiłku po 40—60 przysiadach nie ulega zmianie. Ciśnienie krwi dnia 4. V 1945 120/70.

Autor podkreśla, że wymienione na początku objawy chorobowe u chorego przy samym tylko leżeniu bez żadnego leczenia farmakologicznego ustąpiły już po paru dniach.

U wymienionego chorego rozpoznano na podstawie objawów chorobowych i przebiegu klinicznego stanu chorego ostrą niedomogę krążeniową w następstwie przepracowania fizycznego u osobnika nieprzygotowanego żadną zaprawą do tego rodzaju wysiłku (serce żołnierskie).

Po omówieniu patogenezy ostrej niewydolności krążenia autor podkreśla ważność w tych przypadkach zaburzeń biochemicznych (nadmiar we krwi kwasu mlekowego, kwasu fosforowego i bezwodnika kwasu węglowego), które tak jak i na mięśnia szkieletowe, muszą wywierać szkodliwy swój wpływ i na mięsień sercowy. Niewątpliwie, że poza brakiem zaprawy decydującą rolę odgrywa tu przy wystąpieniu tej ostrej niedomogi krążeniowej i stan samego serca i dlatego też autor na podstawie ostatniego wyglądu krzywej elektrokardiograficznej przychodzi do wniosku, że i u tego chorego mamy do czynienia z sercem o upośledzonej sprawności, jakkolwiek trudno jest ocenić stan tego mięśnia z całą pewnością przed wystąpieniem objawów niedomogi. W ocenie zdolności jego do służby wojskowej pacjent odchodzi z Kliniki z wnioskiem do przedstawienia go przed Komisję Wojskową celem ograniczenia jego pracy fizycznej.

Dr Henryk Kania przedstawia przypadek pourazowej padaczki Jacksona, leczonej na Oddziale Chirurgicznym Szpitala św. Łazarza. Mężczyzna lat 46 przed 26 laty doznał otwartego złamania czaszki w lewej okolicy ciemieniowo-skroniowej ze skaleczeniem mózgu. Kolejne napady padaczki Jacksona po stronie prawej występowały po: $1^1/_2$ roku, 14 latach, 3 latach i po 7 latach coraz to cięższe. Raz już był operowany z tego powodu przed 7-miu laty.

Ostatnio przed miesiącem ponowny napad padaczki J. prawostronnej. Przyjęty na Oddział Chirurgiczny w ciężkim stanie padaczkowym: co kilka minut bardzo bolesne drgawki prawych kończyn ze skrzywieniem głowy w prawo, z zaburzeniami oddechania, groźnymi dla życia. Chory bardzo wyczerpany, leczenie środkami farmakologicznymi było bezskuteczne. Zabieg operacyjny nie wchodził w grę. Celem obniżenia ciśnienia śródczaszkowego i wpłynięcia w ten sposób na proces fizjopatologiczny w mózgu, wykonano nakłucie prawej komory bocznej.

Po nawierceniu otworu w czaszce, nad przednim rogiem komory bocznej prawej i nacięciu opony twardej, stwierdzono pod oponą zbiornik płynu o charakterze płynu mózgowo-rdzeniowego. W czasie napadu drgawek płyn ten wydostał się przez otwór w oponie silnym strumieniem w ilości około 5 cm, przy czym między powierzchnią mózgu, a oponą powstała wolna przestrzeń. W czasie następnego napadu drgawek, mózg ukazał się w otworze opony i został siłą do niej przyparty. Nakłuwając komorę tępą igłą stwierdzono znaczne jej rozszerzenie, a w czasie napadu drgawek, płyn mózgowo-rdzeniowy tryskał z igły strumieniem, zaś po napadzie strumień ustał; dalsze porcje płynu mózgowo-rdzeniowego wydobyto strzykawką, łącznie około 80 cm.

Po 3 takich nakłuciach komory w odstępach kilkudniowych, przy czym zawsze stwierdzano opisane zachowanie się mózgu i płynu mózgowo-rdzeniowego, stan padaczkowy ustąpił stopniowo w ciągu 10 dni.

Obecnie chory jest bez dolegliwości, drgawek nie ma, pozostało wzmożone napięcie mięśni prawych kończyn, chód o typie spastycznym, lecz swobodny, mowa zwolniona.

W podobny sposób postąpiono już w jednym przypadku stanu padaczkowego z dobrym skutkiem.

Nie jest dotychczas znane w literaturze takie postępowanie lecznicze w przypadkach stanu padaczkowego.

W dyskusji doc. St. Nowicki zauważa, że w przypadku przedstawionym przez dra Kanię zastosował odpuszczanie płynu mózgowo-rdzeniowego przez nakłucie komory, przychylając się do poglądu, że zmiany naczyniowo-ruchowe, powstałe w nadmiernie unaczynionej bliźnie mózgowej, mogą wywołać zwiększone zaburzenia w wydzielaniu i przepływie płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozmaite zaburzenia w tym zakresie zdolne są do dłużej trwającego wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego, które może podtrzymywać stan padaczkowy. Wynik leczenia potwierdzałby te założenia. Przed kilku laty leczył w ten sam sposób podobny przypadek i również z dobrym wynikiem.

Doc. St. Nowicki (oddz. chirurgiczny Szpitala św. Łazarza) przedstawia dwa przypadki pourazowych ropni mózgu. Pierwszy z nich operowany w lutym 1945 r. jest zupełnie wyleczony, drugi przed 10 dniami, znajduje się w dobrym stanie. W obu przypadkach operowano w 4—5 tygodni po urazie, w okresie gdy torebka ropnia była wyraźnie wykształcona. Jednego z chorych przywieziono w stanie zupełnej nieprzytomności. Zabieg polegał na doszczętnym usunięciu ropnia razem z torebką i w jednym przypadku zaszyto szczelnie powłoki czaszki. Przebieg pooperacyjny bez szczególniejszych powikłań. Zaleca takie postępowanie, które zresztą stosował jeszcze przed wojną, jako właściwy sposób leczenia dla późniejszych ropni pourazowych mózgu.

Dr Jan Grabczyński (z oddz. chirurg. Szpitala św. Łazarza) przedstawia przypadek prawdziwej torbieli krezki jelita cienkiego. Pacjent od 16 miesięcy cierpiał na dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. W dniu przyjęcia na Oddział bóle, wymioty, nudności o największym nasileniu. Badaniem klinicznym stwierdza się guz w podbrzuszu lewym, napięcie mięśniowe, zwolnienie tętna. Rozpoznanie przedoperacyjne, guz niewiadomego pochodzenia, przypuszczalnie w skręcie. Zabieg operacyjny: wycięcie jelita cienkiego z odpowiednią partią krezki i torbieli. Torbiel wielkości 2 pięści, przed jelitem część torbieli, wielkości pięści sina, napięta, przewężenie na wolnym brzegu jelita i poza jelitem torbiel druga wielkości pięści, pęknięta. Torbiel wypełniona skrzepami i drobnymi torbielkami bądź to galaretowatej treści, bądź to twardszej, aż do chrząstkowatej. Badanie drobnowidowe: *Endothelioma sarcomatodes*. Przebieg pooperacyjny gładki, chory wypisany z poleceniem naświetlań promieniami X.

Protokół

z posiedzenia naukowego z dnia 13 czerwca 1945 r.

Doc. Kowalczykowa Janina podaje następujące szczegóły wyniku sekcji chorego z *granuloma fungoides*, demonstrowanego na posiedzeniu w dniu 30 maja br.

Przypadek ziarniniaka grzybiastego znalazł swój epilog w obdukcji, która w zupełności potwierdziła kliniczne i anatomopatologiczne ujęcie przypadku. Przypadek ze względu na bardzo rozległe zmiany i to w różnych stadiach sprawy chorobowej od najstarszych, cofających się, do zmian świeżych zupełnie, trwających zaledwie kilka dni przedstawia dużą wartość. Zmiany typowe ziarniniaka grzybiastego stwierdzono przede wszystkim w narządzie krążenia. W sercu stwierdzono na wsierdziu oraz nasierdziu guzki o typowym dla ziarniniaka grzybiastego utkaniu, również śródmiąższowe zmiany w postaci *myocarditis interstitialis granulomatosa*. Zmiany w opłucnej przypominają obraz makroskopowy *lymphangoitis carcinoma-*

tosa, jednak są typowe dla ziarniniaka grzybiastego. Szczególnie ciekawe anatomicznie są zmiany w skórze i w węzłach limfatycznych, w obrębie których można śledzić anatomiczny rozwój sprawy chorobowej.

(Przypadek po dokładnym histologicznym opracowaniu zostanie ogłoszony drukiem w Przeglądzie Lekarskim).

W dalszym ciągu dyskusji nad przypadkami demonstrowanymi na posiedzeniu poprzednim w dniu 6. VI. 1945:

Doc. dr Tochowicz Leon w dyskusji nad przypadkiem przedstawionym przez dra Kubiczka przedstawia szereg rentgenogramów płuc chorego, u którego na podstawie 3-letniej obserwacji rozpoznano rozsianą postać płucną *sarcoidu Boecka*. Autor podkreśla, że rozpoznanie tej postaci schorzenia jest możliwe tylko na podstawie długiej obserwacji, przy wykluczeniu schorzenia gruźliczego płuc i na podstawie dobrotliwego przebiegu samego schorzenia. Do potwierdzenia rozpoznania może przyczynić się badanie histologiczne wycinka, uzyskanego z guzków na skórze, z powiększonych niekiedy gruczołów limfatycznych, albo migdałków, lub ze szpiku mostka. Cechą tego wycinka będą duże komórki nabłonkowate z owalnym bogatym w chromatynę jądrem bez cech rozpadu i serowacenia. Jakkolwiek przyczyna schorzenia jest niejasna, to jednak lokalizacja, podobieństwo do gruźlicy, niekiedy równocześnie występujących guzków na skórze i wreszcie opisywane przejście tej postaci schorzenia w prawdziwą gruźlicę, dają powód do przypuszczenia, że etiologicznie sarcoid Boecka najprawdopodobniej ma podłoże gruźlicze. Po zastosowaniu zastrzyków podskórnych arsenu u spostrzeganego przez siebie chorego, autor zauważył nieznaczną, ale wyraźną poprawę w obrazach rentgenologicznych i w ogólnym stanie chorego.

Następnie dr Wyrobek Emil podaje, iż przypadek powyższy obserwował przez okres dwóch lat nim postawiono rozpoznanie choroby Besnier-Boecka. Początkowo myślano tutaj o gruźliczej formie średnio i drobno guzkowej przywnękowej. Ponieważ jednak w ciągu 2-letniej obserwacji obraz radiologiczny płuc był stale ten sam, a ogólny stan chorego był zadawalniający rozpoznano chorobę Besnier-Boecka. Przypadek ten należy do rzadkich, albowiem brak było tu zwykle spotykanych objawów podobnych w postaci drobnych guzków w innych organach, a mianowicie w skórze, dalej w kościach, w błonie śluzowej jamy ustnej i nosa, następnie często spotykanych powiększonych gruczołów limfatycznych nadobojczykowych, łokciowych, szyjnych, pachowych i pachwinowych. Często w tej chorobie występuje również *irydo-cyclitis*, której u naszego pacjenta na przestrzeni 2 lat nie zaobserwowano. Rozpoznanie powyższego schorzenia z samego obrazu radiologicznego jest niezmiernie trudne, prawie niemożliwe. Wprawdzie istnieją pewne typowe zmiany w płucach jak poszerzenie, powiększenie oraz silniejsze wysycenie w cieniu gruczołów wnękowych, tchawiczno-oskrzelowych w postaci masywnych pakietów, oraz liczne drobne i średnie guzki rozsiane w górnych i dolnych partiach płuc, najintensywniej przywnękowo, jednakowoż podobne objawy wystąpić mogą również w postaci gruźlicy gruczołowej płuc, dalej w miliarce gruźliczej, w lymfogranulomatozie, w leucaemii, oraz w przerzutach limfatycznych mięsaka. O ile nie mamy typowych objawów w organach wyżej wymienionych, rozpoznanie radiologiczne możliwe jest tylko na podstawie obserwacji klinicznej, która po wykluczeniu innych schorzeń oraz stwierdzeniu że przebieg tego cierpienia jest chroniczny, dobrotliwy, często bez żadnych gorączek lub przy nieznacznym stanie podgorączkowym, że w przebiegu tego cierpienia nie stwierdza się poważnych, ogólnych zaburzeń, żadnych istotnych zmian w obrazie krwi, przy bardzo nieznacznym wzmożeniu opadu krwi lub w braku tego objawu, przy stale ujemnie występującej skórnej reakcji tuberkulinowej, skłonić może — tak jak w naszym przypadku było — do rozpoznania postaci płucnej choroby Besnier-Boecka.

Doc. Mikułowski zaznacza, iż obraz rentgenologiczny płuc marmurkowy i centkowany dowodzi na jakie trudności natrafić może rozpoznanie. Przypomina on bowiem żywo oprócz prosówki gruźliczej obraz prosówki nowotworowej, rakowej, krwiopochodnej, kiły płuc, pylicy, *periarteritis nodosa*, u dzieci obraz częstej tzw. prosówki kokluszowej i to dwojakiej tj. w przebiegu zapalenia płuc, drobnych oskrzelików, rozstrzeni oskrzelowych lub w przebiegu plamicy kokluszowej w związku z wynaczynieniami na wzór plamicy krwotocznej pochininowej. Oprócz tego przypadek porusza zagadnienie interpretacji odczynów tuberkulinowych i anergii na tuberkulinę u dzieci. Ze względu na to, że choroba Besnier-Boecka atakuje czasem gruczoły ślinianowe przyusznе i tęczówkę oka — nasuwa potrzebę różniczkowania ze zespołem Heerfordta, a także z tzw. chorobą Mikulicza, albo nawet z niektórymi powikłaniami ocznymi w przebiegu świnki (mumps), które w swoim czasie opisał. Choroba Besnier-Boecka zatacza więc szerokie kręgi i w niektórych krajach nasuwa potrzebę różniczkowania rozpoznawczego z chorobami egzotycznymi, jak trądem, a nawet prowadzi do stosowania antileprolu. Zespół tej reticuloendoteliozy był opisany u dzieci przez Groera i Meizelsa, a na krótko przed wojną przez Bujaka.

W dyskusji nad przypadkiem Besnier-Boecka demonstrowanym przez kol. Kubiczka podkreśla kol. Szczeklik etiologię gruźliczą tego cierpienia na podstawie spostrzegania chorego Bor... lat 42, którego ma przez 8 lat w swym leczeniu.

Choroba Besnier-Boecka rozpoczęła się najpierw u chorego Bor... jako duże powiększenie gruczołów wnękowych o typie spotykanym w gruźlicy gruczołowo-wnękowej. Okres ten trwał przez kilka lat i nie wpływał zbyt ujemnie na stan chorego, który przez cały ten czas pracował, mając tylko niekiedy stany podgorączkowe i nieduży kaszel. Przejście w chorobę Besnier-Boecka odbyło się u tego chorego przy wystąpieniu gorszego samopoczucia, chudnięcia, zwiększenia kaszlu, a przedmiotowo stwierdzano wówczas objawy charakterystyczne dla powiększenia gruczołów wnękowych (które zresztą i poprzednio stwierdzano), powiększenie śledziony (do 2-ch palców poniżej łuku żebrowego), trwające przez kilka miesięcy; nieznaczną zwyżkę OB (20 kilka przeciętna z 2-ch godzin). Rentgenolog (dr Wyrobek) znalazł wówczas duże guzy gruczołowe we wnękach, przechodzące nieregularnymi wypustkami głęboko w miąższ płucny. Innych zmian gruźliczych ani w płucach, ani w innych organach nie stwierdzono przez cały 8-mio letni okres obserwacji. Wymienione zmiany wykazywały charakter stały i prawie że nie spostrzegano postępowania lub cofania się sprawy chorobowej. Stan chorego przez cały ten czas zupełnie zadawalniający, chory pracował zawodowo jako inżynier budowlany. We wywiadach należy podkreślić gruźlicę płuc u rodziców i u rodzeństwa chorego, które kol. S. miał możność badać. Ciekawy może będzie szczegół, że brat chorego (młodszy) cierpi na bardzo dużego stopnia zmianę gruczołowo-wnękową o typie gruźliczym, która rozwinęła się w tym samym czasie co zmiany wnękowe u naszego chorego i była prawie jednakowa co do rozległości (tak że zdjęcia rentgenologiczne z obydwu chorych w owym okresie można było łatwo pomieszać), a która nie przeszła w chorobę Besnier-Boecka i utrzymuje się na tym samym stopniu do dnia dzisiejszego.

W dalszym ciągu dyskusji nad przypadkiem, demonstrowanym przez doc. Tochowicza z ostrym zapaleniem mięśnia sercowego zabierali głos dr Małkiewicz, doc. Tochowicz, prof. Oszacki i dr Ciećkiewicz, przytaczając swe spostrzeżenia w podobnych przypadkach:

Doc. dr J. Kowalczykowa:

W związku z przypadkami „sarcoidu" Besnier-Boecka chcę przedstawić anatomopatologiczny punkt widzenia odnośnie do tego schorzenia. Wedle przeważającego ostatnio poglądu wśród anatomopatologów jest to schorzenie o etjologii gruźliczej (Güthert i Hübner, Virchows Archiv 1944), cechujące się występowaniem w skórze i narządach wewnętrznych jak węzłach chłonnych, kościach, śledzionie i płucach, rozsianych, ogniskowych guzków, które histologicznie zbudowane są z komórek nabłonkowatych, z nielicznymi bardzo komórkami olbrzymimi typu Langhansa, bez serowacenia i z tendencją do włóknienia, zwłaszcza w częściach obwodowych. Ten pogląd jest uwzględniany w podręcznikach szkolnych dla studentów (A textbook of pathology, Beattie and Dickson, London 1943).

W tym oświetleniu przypadek przedstawiony przez kol. Tochowicza, Szczeklika i Wyrobka jest typowym przypadkiem choroby Besnier-Boecka ze zmianami w węzłach limfatycznych i śledzionie. Natomiast w stosunku do przypadku przedstawianego przez kol. Kubiczka możnaby mieć zastrzeżenia, z tym, że przypadek musi pozostać co najmniej nie rozstrzygnięty ostatecznie. Kol. Kubiczek opiera swoje stanowisko na trzech przesłankach: na przebiegu klinicznym, na obrazie rentgenologicznym i na badaniu bioptycznym punktatu ze zmiany w płucu. Łagodny i długotrwały przebieg sprawy chorobowej cechujący charakterystycznie chorobę Besnier-Boecka, określaną przez niektórych autorów jako zimna prosówka, może być również cechą przewlekłej i łagodnej formy gruźlicy płuc, w toku której pacjent przebył wysiękowe zapalenie opłucnej. W przebadanych pewnych sekcyjnie przypadkach choroby Besnier-Boecka anatomopatologicznie (Güthert i Hübner) chodziło zawsze o sprawy rozsiane,

ogniskowe, nie guzowate. Stwierdzane w badaniu bioptycznym komórki nie są charakterystyczne w obrazach przedstawionych przez kol. Kubiczka. Jeśli przyjmiemy, że tak a nie inaczej w badaniu bioptycznym wyglądają właśnie komórki charakterystyczne dla choroby Besnier-Boecka to i tak nie rozstrzyga to sprawy ostatecznie. Wiemy przecież, że utkanie guzków w chorobie Besnier-Boecka stanowią komórki nabłonkowate charakterystyczne skądinąd dla spraw gruźliczych. Zatem komórki nabłonkowate stwierdzone w badaniu bioptycznym dowodzić mogą zarówno sprawy gruźliczej typowej, jak i choroby Besnier-Boecka. W przypadku kol. Kubiczka może rozwinąć się obraz choroby Besnier-Boecka, może powstać owa forma „zimnej prosówki" ale na to w tej chwili dostatecznych dowodów nie ma.

Doc. Oszast podaje powody stosowania antileprolu w chorobie Besnier-Boecka przez Lomholta z Kopenhagi. Leczeniu temu miał sposobność przyglądać się w Kopenhadze w czasie swej pracy w Instytucie Finsena — i widział po tym środku dobre wyniki lecznicze także i w innych chorobach skórnych o etjologii przypuszczalnie gruźliczej *(erythematodes)*.

Doc. Kubiczek w związku z anatomopatologicznym punktem widzenia, przedstawionym przed doc. Kowalczykową zauważa, że jeśli chodzi o etjologię choroby Besnier-Boecka to w rzeczywistości większość autorów uważa za przyczynę tego schorzenia zakażenie gruźlicze. Jednakowoż co się tyczy postaci płucnych choroby Besnier-Boecka to obecnie rozróżniamy trzy postacie, a to postać z guzowatym powiększeniem gruczołów wnękowych, postać drobnoguzkową zajmującą miąższ obu płuc, przypominającą obraz prosówki gruźliczej, oraz trzecią postać smugowato-plamistą zlokalizowaną w całych płucach, przy czym szczyty płucne są wolne od zmian chorobowych (Kuznitzky i Bittorf, Kissmeyer, Martenstein, Pautrier, Aleksander). Dlatego też twierdzenie, że w postaciach płucnych chodzi zawsze tylko o sprawy rozsiane a nie guzowate stoi w sprzeczności z obserwacjami szeregu innych autorów. Ponieważ choroba Besnier-Boecka jest sprawą wybitnie dobrotliwą, przeto materiał sekcyjny jest stosunkowo niewielki a za życia chorego dowód histo-patologiczny da się przeprowadzić tylko w tych przypadkach, w których ogniska chorobowe są łatwo dostępne dla wykonania wycinków próbnych jak np. w przypadkach umiejscowienia w skórze, gruczołach chłonnych obwodowych, ewent. w kościach. Natomiast w przypadkach lokalizacji wyłącznie płucnej, a przy braku równoczesnych ognisk w miejscach łatwo dostępnych do pobrania materiału do badania histopatologicznego zmuszony jest klinicysta rzecz oczywista rozpoznanie oprzeć na innych danych. W przedstawionym przypadku na podstawie dobrotliwego, siedem lat trwającego przebiegu sprawy chorobowej oraz obrazu rentgenologicznego możnaby właściwie już klinicznie rozpoznawać chorobę Besnier-Boecka, o lokalizacji płucnej. Fakt, że chory w czasie obserwacji klinicznej przebył zapalenie wysiękowe opłucnej, przy braku zmian ogniskowych gruźliczych w miąższu płucnym, przy czym guz nie uległ zmianie, nie dowodzi wcale, że mamy tu do czynienia wyłącznie „z łagodną formą gruźlicy płuc". Wszak i choroba Besnier-Boecka jest również etjologii gruźliczej. Dlatego też wynik badania bioptycznego punktatu guza stanowi potwierdzenie rozpoznania. Komórki nabłonkowate przedstawiają się w rozmiarach zupełnie inaczej niż w preparatach histologicznych. Podobną różnicę, co jest zresztą zaletą badania bioptycznego rozmazów wykazuje również i szereg innych tworów komórkowych jeśli porównujemy preparaty histologiczne z odnośnymi obrazami widzianymi w rozmazach, np. różne rodzaje krwinek białych, komórki siateczki, komórki Sternberga, Gaucherowskie itd. W końcu należy zaznaczyć, że w rozmazach z przedstawionego przypadku nie można było wykazać objawów serowacenia, co w rozmazach daje się zawsze z łatwością rozpoznawać. Fakt ten również przemawiałby za chorobą Besnier-Boecka.

Dr Jarema z Kliniki neurologicznej U. J. przedstawia chorą lat 28, nauczycielkę, która od 6 mietięcy miewa bóle głowy, wymioty, upośledzenie wzroku, zaburzenia psychiczne. Ostatnio pewne trudności mowy.

Badanie: internistycznie bez zmian. Neurologicznie: tarcza zastoinowa ze znacznym upośledzeniem wzroku, afazja amnestyczna, poza tym nic patologicznego. Psychiatrycznie: zwolnienie psychoruchowe, senność, obojętność, utrata pamięci zwłaszcza ostatnich przeżyć. Rozpoznanie guza mózgu pewne, lecz trudna lokalizacja. Oparto się tu na istnieniu afazji amnestycznej, dla której przyjęto umiejscowienie parietalne. Przypadek potwierdza słuszność wydzielenia trzeciej formy afazji i umiejscowienia jej w *lob. pariet. sin.*

W związku z tym przypadkiem, dr Laszczak z Oddziału chirurgicznego Szpitala św. Łazarza przedstawia, iż chora ta przebywała na oddziale neuro-chirurgicznym we Wrocławiu, gdzie, mimo przeprowadzonych badań i odmy komorowej nie sprecyzowano rozpoznania, a guza nie umiano zlokalizować.

W Klinice neurolog. zlokalizowano guz między innymi na podstawie afazji amnestycznej.

Wobec narastających objawów, ograniczenia pola widzenia obrzęku tarczy n. wzrok., oraz niemoty, przystąpiono do zabiegu i usunięto guz wielkości małej pomarańczy, zrośnięty z oponą twardą na przestrzeni 5 złotówki. Ubytek w oponie pokryto wolnym przeszczepem powięzi szerokiej uda.

Obecny stan chorej, a więc poprawa w zakresie mowy i charakter usuniętego guza pozwalają rokować dość pomyślnie na przyszłość.

W związku z przypadkiem demonstrowanym przez dra Jaremę i dra Laszczaka — doc. Brzezicki stwierdza, iż jest on z wielu przyczyn bardzo interesującym.

Otóż okazuje się, że duży nowotwór wielkości mandarynki, uciskający i drażniący korę mózgową lewej półkuli mózgowej, tej półkuli która mieści w sobie tyle funkcyj i tyle „centrów" ruchowych, gnostycznych i praktycznych, nie dał właściwie żadnych wyraźnych objawów, któreby ułatwiły lokalizację. Jedynie zwiewne objawy afazji amnestycznej były wskaźnikiem toczącego się uszkodzenia kory mózgowej.

Sprawa lokalizacji wyższych funkcyj mózgowych nie jest taką jasną jakby się nam mogło wydawać. Specjalnie lokalizacja „centrów" mowy, gnozji i praksji nie jest tak prostą jak np. funkcyj ruchowych. Przypomnę tylko, że taki znawca neurologii jak Pierre Marie zaatakował pojęcie istnienia centrum Broca a współczesny neurolog Pötzl przyjmuje istnienie w sferze parietalnej osobnego „centrum" afazji sensorycznej.

Lokalizacja afazji amnestycznej zawsze była przedsięwzięciem niepewnym. Pitres opisując *syndrom amnesie verbale* lokalizował ją w przedniej części *operculum*. Lichtheim tworzy koncepcję afazji transkortykalnej motorycznej a Liepmann uważa afazję amnestyczną za rozcieńczenie transkortykalnej afazji motorycznej. Jednakże Goldstein lokalizuje tę afazję amnestyczną nieco poniżej *gyrus angularis* a więc bardzo daleko ku tyłowi.

Rozumiem, że przy preponderancji jednej półkuli nad drugą, można zawsze myśleć o zastępczym działaniu drugiej półkuli, ale prof. Spatz w Monachium pokazywał mi mózg człowieka, który nigdy nie cierpiał na afazję za życia a sekcyjnie stwierdzono u niego rozlane, arteriosklerotyczne uszkodzenie obustronnych płatów temporalnych.

Dlatego też ten przypadek jak i przypadek demonstrowany jest także ciekawym przyczynkiem dla ważnego dla nas psychiatrów problemu duszy i ciała. Wiemy że mózg jest substratem funkcyj psychicznych oraz funkcyj prawie psychicznych jak mnestyczno skojarzeniowe funkcje, o których w tym przypadku mówimy.

Kora mózgowa lewej półkuli u praworęcznego osobnika uszkodzona przez olbrzymi nowotwór uciskający tę korę nie wykazuje wypadu objawów takich jakichby się można było spodziewać. Widzimy, że mózgu nie można traktować jako centrali telefonicznej, gdzie uszkodzenie aparatu daje wypad funkcji — trzeba pamiętać także o kierownictwie nadrzędnym *„psyche"*, która ma decydujące znaczenie. Myślę także, że przyznać trzeba mózgowi ludzkiemu zdolność, którąbym nazwał plastycznością systemu nerwowego, zdolność, która nie znosząc pojęcia „centrów" pozwala na daleko idące przesunięcia, którebym nazwał pozatem mechanizmem sprzęgła ślizgowego, które sprzęga czynności na dużej przestrzeni swojej tarczy a nie w punkcie centralnym przy dużej zdolności plastycznej. Dla mnie Pawłow'owski pogląd, widzący w mózgu tylko centralę odruchów warunkowych jest zbyt symplicystycznym poglądem. Na razie zatem rozważając problemy o „centrach" wyższych funkcyj mózgowych powinniśmy wspólnie z du Bois-Reymondem zawołać *„ignoramus et ignorabimus"*.

W dalszym ciągu posiedzenia doc. Włodzimierz Mikulowski wygłosił odczyt pt.: Żółtaczka noworodków a problem alergii. W odczycie tym powiedział prelegent:

Podczas gdy dawniejsze teorie: Epsteina, Frericha, Quinckego, Brechet, na temat mechanizmu żółtaczki noworodków przeszły do historii — odkrycie Chauffarda i Minkowskiego z początku XX-go wieku o nowym pojęciu kli-

nicznym żółtaczki hemolitycznej uprzytomniło pediatrom potrzebę doszukiwania się analogii hematologicznej tej świeżej jednostki chorobowej ze zjawiskiem żółtaczki noworodków. Jak żółtaczka hemolityczna jest skutkiem destrukcji krwinek czerwonych, tak i żółtaczka noworodka jest następstwem rozpadu nadmiernej ilości krwinek (5,5—6 mil. zamiast 4,5—5 mil.) Wybitna hyperglobulia, z którą dziecko przychodzi na świat, była niezbędnie potrzebna w czasie życia śródmacicznego, kiedy płód miał tylko ubogą w tlen krew łożyskową. W życiu pozamacicznym nadmiar krwinek przestaje być potrzebny — stąd hemoliza. Krwinki wykazują również zmniejszoną odporność na hypotoniczne rozczyny soli kuchennej, przedstawiają postacie ziarniste, jądrzaste i myelocyty. Zwiększonemu rozpadowi krwinek sprzyja nagłe oziębienie ciała noworodka przy urodzeniu, sprzajają urazy u płodu, jak krwiaki czaszkowe, narkoza chloroformowa matki, wzmożona utrata wody u płodu po urodzeniu i przez to zagęszczenie krwi u noworodka, oraz wszelkie postacie tzw. niedorozwoju płodu. Teoria hemolityczna Hallez spotkała się z uzupełnieniem i modyfikacją ze strony Lereboulleta i Ylpö, którzy dopatrują się istoty żółtaczki noworodków częściowo w hemolizie, częściowo także w niedomodze wątroby, niedostosowanej do funkcji eliminacyjnej żółci przez drogi żółciowe i jelitowe zamiast przez krążenie pępkowo-łożyskowe z okresu życia śródmacicznego. Według tej teorii utrakwistycznej żółtaczka noworodka jest częściowo hemolityczna, częściowo zastoinowa, czyli mechaniczna. Prace doświadczalne na zwierzętach Goldblooma z 1930 r. nad hyperglobulią świnek morskich umieszczonych w kamerach pod ciśnieniem pół atmosfery i następowym spadkiem krwinek w zwykłej atmosferze, oraz prace Adlerów nad zwiększoną zawartością żelaza w wątrobie w pierwszych dniach życia u zwierząt w związku z rozpadem krwinek czerwonych — potwierdzają trafność teorii hemolitycznych żółtaczki noworodka ludzkiego.

Szereg obserwacyj klinicznych upoważnia referenta do tego, aby niezależnie od wspomnianych analogii hematologicznych dopatrywać się w żółtaczce noworodka zjawisk natury alergicznej. Referent opisał przypadki samorodnej choroby surowiczej u dzieci z gruźliczym zapaleniem otrzewnej, u dziecka z gruźliczym plastycznym zapaleniem stawów, u dziecka chorego na wielorakie zapalenie błon surowiczych na tle gruźliczym — u których w związku z resorbcją wysięków obserwował zjawiska alergiczne w postaci wysypki krwotocznej, pokrzywki, artralgii, leukopenii, hipotonii i oligurii. Referent opisał częstość wczesnej żółtaczki, wyprzedzającej wysypkę lub współistniejącej z wysypką w przebiegu płonicy (w 70%-ch przypadków płonicy), obserwował przypadki zjawiania się w przebiegu żółtaczki nieżytowej zakaźnej (tzw. jesiennej) zespołów alergicznych w postaci wysypek pokrzywkowych, lub podobnych do odry, wysypek, które albo wyprzedzały, albo towarzyszyły żółtaczce albo po niej występowały. Referent zauważył, że dyskretna żółtaczka płoniczna ulega nasileniu na skutek uprzedniego podania choremu podskórnie histaminy. W jednym przypadku żółtaczki hemolitycznej zastosował referent próbę Widala oziębienia rąk i wywołał w skutku kryzę żółtaczkową w postaci żółtaczki na skórze, zwiększonej bilirubinemii, urobilinurii z białkomoczem, w innym przypadku żółtaczki hemolitycznej próba Widala wypadła ujemnie, natomiast doskórne wstrzyknięcie metodą Eppingera histaminy sprawiło w skutku odczyn guzkowy o typie pokrzywkowym z zabarwieniem żółtym na obwodzie, a więc sprowokowało miejscową żółtaczkę z utajenia. Raz uraz zimna staje się ekwiwalentem histaminy, kiedy indziej staje się bodźcem dla histaminy, zdeponowanej zdaniem Levisa w skórze — do zadziałania humoralnego. Mechanizm odczynu histaminowego nie jest dokładnie znany. Przypadki choroby surowiczej spontanicznej w przebiegu resorbcji procesów wysiękowych gruźliczych, przypadki żółtaczki sezonowej, nieżytowej, powikłanej zespołem choroby surowiczej, przypadki żółtaczki płonicznej wczesnej, przypadki zaostrzenia i ujawnienia żółtaczki pod wpływem histaminy, lub pod wpływem urazu zimna — wszystkie one stanowią zjawiska alergiczne i nasuwają analogie z żółtaczką noworodka. Alergia jest zjawiskiem nietolerancji wątroby na białko. W czasie shocku alergicznego przychodzi w komórkach ustroju do powstawania ciał natury histaminowej, tj. o takim jak histamina działaniu. Przy rozpadzie hemoglobiny w czasie procesu hemolizy u noworodka ma miejsce rozpad ciał białkowych hemoglobiny, a więc i rozpad globiny, która jest szczególnie bogata w histidynę. Pod wpływem histidazy, tj. fermentu w wątrobie odbywa się dalsze rozszczepienie histidyny na histaminę. Wątrobie przypada wybitna rola termogenna i 1/3 produkcji ciepła w ustroju ludzkim przypada temu narządowi nawet w czasie postu. Ponieważ u noworodka akcja termogenna wątroby jest upośledzona, łatwo zrozumieć, że uraz zimna jest w tym okresie bardziej niepożądany. W przypadkach wcześniactwa i w przebiegu żółtaczki noworodków hipotermia uchodzi za wyraz niewydolności komórek wątrobowych. Zjawisko hemolizy odbywa się przy współuczesnictwie wątroby, której funkcja proteolityczna jest niezbędna do należytego przerobienia produktów rozpadu białkowego hemoglobiny. Podobnie jak funkcja termogenna także funkcja proteolityczna jest tym sprawniejsza, im komórki wątrobowe są bardziej wykształcone, a tym mniej doskonała, im narząd mniej dojrzały. Procesy nietolerancji białkowej łatwiej zachodzą w ustroju noworodka, niż dziecka starszego o bardziej doskonałym narządzie wątrobowym. To też u noworodka spotyka się tak dużo objawów alergicznych, że można mówić o zespole alergicznym noworodków. Do tego zespołu można zaliczyć oprócz żółtaczki wysypki „toksyczne", obrzęki, w szczególności powiek, wzgórkal onowego, uda, obrzęki gruczołów sutkowych, wodniak jądra, krwotoki (mikroskopijne) z pochwy, eozynofilię, leukopenię, obrzęk leukopeniczny śledziony, zaburzenia odczynu Wassermanna itp.

Sekretarz: *(Zbigniew Oszast)*

Prezes: *(Franciszek Walter)*

Z IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

POLSKI ZWIĄZEK ZACHODNI
Zarząd Okręgowy na województwo krakowskie
L. dz. 716

Kraków, dnia 26 września 1945 r.

Do
Izby Lekarskiej
w Krakowie

W sprawie zorganizowania planowego przesiedlania pracowników służby zdrowia na ziemie zachodnie, P. Z. Z. w Krakowie rozesłał pod datą 5. 9 b. r. ankietę do wszystkich starostw i magistratów na Śląsku Opolskim i Dolnym, celem zebrania konkretnych danych orientacyjnych.

W miarę otrzymywania odpowiedzi będziemy przesyłać w odpisach do Izby Lekarskiej te, które zawierać będą pozytywne dane, a to dla odpowiedniego spożytkowania, a w szczególności celem podania ich w sposób, jaki Izba uzna za stosowne do szerszej wiadomości sfer interesowanych.

Ze swej strony prosimy, by te osoby, które na skutek tej akcji zdecydują się na wyjazd i przesiedlenie się skierować do biura P. Z. Z. ul. Floriańska 55, gdzie otrzymają dalsze wskazówki co do formalności związanych z przesiedleniem się.

Dyrektor Biura
(—) *Dr E. Golczewski*

Pełnomocnik Rządu R. P.
na Obwód XXIV
w Kłodzku
Referat zdrowia
Nr 133/zdr./45

Do
Ob. Dr Golczewskiego
Polski Związek Zachodni
Wojewódzki Zarząd Okręgowy
w Krakowie

W odpowiedzi na pismo L. Dz. 611/45 Społ. z dnia 5. 9 1945 zawiadamiam, że na terenie miasta i powiatu Kłodzko potrzebne są następujące siły lekarskie i personel pomocniczy:

3 lekarzy internistów
1 lekarz laryngolog

1 lekarz okulista
1 lekarz pediatra
4 lekarzy dentystów
1 technik dentystyczny
1 mgr farmacji
5 sióstr pielęgniarek dypl.
1 kontroler sanitarny
4 dezynfektorów
10 akuszerek na gminy zbiorowe

Odnośnie lekarzy med. i lekarzy dent. oraz magistrów farmacji to ci winni zgłosić się u Wojewódzkiego Naczelnika Wydz. Zdrowia Ob. Dr Snarskiego w Lignicy skąd otrzymają nominacje.

Personel pomocniczy zostanie zatrudniony przez lekarza powiatowego, dokąd winien się zwrócić z odpowiednimi dokumentami.

Lekarze przybywający na teren będą mieli w miarę możliwości przydzielane gabinety lek. poniemieckie, zaś lekarze dent. objąć mogą bezpośrednio gabinety dentystyczne poniemieckie kompletnie wyposażone.

Magister farmacji może zaraz również objąć aptekę poniemiecką urządzoną i częściowo zaopatrzoną w towar.

Odnośnie płac to sprawa ta jeszcze dotychczas nie została ustalona.

Wyżywienie otrzymują wszyscy w stołówkach, innych przydziałów żywnościowych nie ma.

Zarząd Miasta
Wydział Zdrowia
w Lignicy
L. 127/45 K. H. Lignica, dn. 19. 9 1945 r.

Do
Polskiego Związku Zachodniego
Wojew. Zarząd Okręgowy
w Krakowie
ul. Floriańska 55

Odnośnie do pisma z dnia 6 września 1945 r. L. 611/45 Społ. w sprawie zorganizowania planowego przesiedlenia pracowników służby Zdrowia na nowo uzyskane ziemie zachodnie komunikuję, że w tej chwili Miejski Wydział Zdrowia w Lignicy może zatrudnić 3 kwalifikowanych dezynfektorów oraz 1 kontrolera sanitarnego.

Warunki mieszkaniowe jak i aprowizacyjne są możliwe

Miejski Wydział Zdrowia
Lekarz Miejski
Pieczęć: Dr Kertyński Janusz
Lekarz
(—) *Dr Kertyński Janusz*

Zarząd Miejski
w Oławie
L. 215/45 *Oława, dnia 21. 9 1945*

Do
Polskiego Związku Zachodniego
Wojewódzki Zarząd Okręgowy
w Krakowie

W odpowiedzi na pismo z dnia 5. 9 45 Nr 611/45 Społ. zawiadamiamy, że na terenie miasta Oławy daje się silnie odczuć brak fachowców, na razie posiadamy tylko jednego lekarza (lek. pow.), aptekarza, lekarza weterynaryjnego.

Brak nam przynajmniej jednego lekarza, lekarza dentysty i technika dentystycznego, szpital jest prowadzony przez lekarza powiatowego (w szpitalu brak apar. rengenolog.).

Warunki mieszkaniowe są na razie nie najgorsze, można dostać mieszkanie z urządzeniem wewnętrznym w dobrym stanie.

Płace są takie jak w państwowych urzędach Polski centralnej. Kartki żywnościowe i stołówki umożliwiają życie.

za Burmistrza
(podpis nieczytelny)
(—) *J. Axentowicz*

Pełnomocnik Rządu R. P.
na Obwód Nr 9 w Namysłowie
I/8/839 *Namysłów, dnia 17. 9 1945 r.*

Do
Polskiego Związku Zachodniego
Wojewódzki Zarząd Okręgowy
w Krakowie

W odpowiedzi na pismo z dnia 5. 9 1045 r., komunikuję, iż na terenie m. Namysłowa będzie otwarty szpital, lokal obecnie remontuje się. Przewiduje się uruchomienie działów: zakaźnego, dermatologicznego, wewnętrznego, operacyjnego, ginekologicznego.

Urządzeń ani instrumentów nie ma. Mieszkania będą, meble skromne mogą być. Płaca ustalona będzie przez Wydział Zdrowia U. W., stołówka jest, przydziały żywnościowe zależą od przydziałów z Urzędu Wojewódzkiego. Obecnie jest 2 lekarzy (1 wolno-praktykujący, drugi przy P. U. R.). W najbliższych dniach przybywa nowomianowany lekarz powiatowy.

Lekarza dentysty nie ma. Żadnych gabinetów ani instrumentów dentystycznych nie ma. Dentysta ma zapewniony stały dobry dochód.

Apteka jedna jest zajęta, wyposażona w towar jest dobrze.

Sprawa służby sanitarnej będzie aktualna dopiero po uruchomieniu szpitala.

Mieszkania przydziela się bez mebli, kwestia mebli jest obecnie ciężka ze względu na ich brak, zniszczenie miasta w 40⁰/;. Miasto osiedlone w 90⁰/;.

Warunki aprowizacyjne jeżeli chodzi o przydziały — ciężkie, przydziela się chleb, w najbliższych dniach będą przydziały tłuszczu i zapałek.

Na wolnym rynku można nabyć wszystkie artykuły spożywcze, ceny są nast., mięso 40 zł., chleb sitkowy 7,50 zł., biały 20 zł., słonina 280 zł., masło 220—250 zł.

Na terenie miasta jest czynna elektrownia, wodociągi, fabryka lemoniady, w remoncie browar.

Inne zakłady jeszcze nie są przekazane, znajdują się w ręku Władz Sowieckich.

Pełnomocnik Rządu R. P.
(—) *Nowacki Tadeusz*

Lista strat (c. d.)

137. Dr Malinowski Gustaw z Bierzanowa, zm. śm. nat. 10. IX. 1939.
138. Dr Marguljes Wolf z Krakowa, zm. śm. nat. 28. II. 1940.
139. Dr Marczewski Józef z Częstochowy, zm. śm. nat. 25. IV. 1944.
140. Dr Markowski Stanisław z Radomia, zm. śm. nat. 16. XII. 1944.
141. Dr Macieszyna Sabina z Krakowa, zm. śm. nat. w styczniu 1942.
142. Dr Maciąg Adam z Krakowa, zaginął.
143. Dr Medyński Władysław z Krakowa, zmarł w Crkvenicy 22. II. 1942.
144. Dr Mischke Tadeusz z Krakowa, zmarł w r. 1944.
145. Dr Mintz Bernard z Krakowa, zm. śm. nat. 16. IX. 1939.
146. Dr Mirowska Eugenia z Krakowa, zmarła w obozie w ghetto 20. VII. 1941.
147. Dr Milbert Feliks z Sandomierza, zginął w Hamburgu 11. I. 1942.
148. Dr Michalski Wiktor z Krakowa, zm. śm. nat. 29. X. 1944.
149. Dr Michalikowa, zginęła w Oświęcimiu.
150. Dr Mikołajkow Aleksander z Dębicy, zm. śm. nat. 24. VIII. 1944.
151. Dr Młynarkiewicz Zdzisław z Krakowa, zm. śm. nat. 1. X. 1940.
152. Dr Mściwujewski Seweryn z Muszyny, zm. śm. nat. 21. XI. 1944.
153. Dr Müllerowa Rachela z Tarnowa, zmarła w Ameryce 4. III. 1940.

154. Dr Mrozowski Władysław z Radomia, zm. śm. nat. 26. XI. 1943.
155. Dr Münz Emil z Krakowa, zmarł w r. 1941.
156. Dr Menasse-Zuckerowa zastrzelona w Jaśle, w październiku 1943.
157. Dr Natel Ela z Krakowa, wywieziona do obozu koncentracyjnego w Niemczech w r. 1944.
158. Dr Nikolski Mikołaj z Szydłowca, zm. śm. nat. 7. IV. 1942.
159. Dr Nowosielski Seweryn z Rabki, zm. śm. nat. 11. X. 1942.
160. Dr Nowiński Bolesław z Bochni, zm. śm. nat. 29. IV. 1945.
161. Dr Nowak Stanisław z Częstochowy, zginął w Oświęcimiu 3. VII. 1940.
162. Dr Ostromęcki Bohgdan z Warszawy, zm. śm. nat. 12. V. 1942.
163. Dr Orwicz Mieczysław z Zakopanego, rozstrzelany 5. VIII. 1944.
164. Dr Pieńkowski Stefan prof. U. J. z Krakowa, zginął w Katyniu.
165. Dr Pokrywa Stefan z Ostrowca, zm. śm. nat. 16. III. 1943.
166. Dr Palin Bruno z Krakowa, zastrzelony w ghetto 13. III. 1943.
167. Dr Pawliger Leon z Krakowa, zginął w Rohatynie wiosną 1942.
168. Dr Pechner Maria z Krakowa, wywieziona do obozu koncentracyjnego w Niemczech w r. 1944.
169. Dr Pechner Henryk z Krakowa, wywieziony do obozu koncentracyjnego w Niemczech w r. 1944.
170. Dr Puchalski Mieczysław z Krakowa, zm. śm. nat. 6. XI. 1942.
171. Dr Potok Hieronim z Tarnowa, zmarł 17. VII. 1944.
172. Dr Peltyn Bolesław z Warszawy, zmarł 23. III. 1942.
173. Dr Pracki Tedeusz z Sandomierza, zm. śm. nat. 11. X. 1941.
174. Dr Praetzel Gustaw z Krakowa, zmarł 19. I. 1942.
175. Dr Pilecki Łazarz z Krakowa, zm. śm. nat. 27. III. 1940.
176. Dr Preiss Witold z Krakowa, zginął w Oświęcimiu w r. 1942.
177. Dr Porański Wilhelm z Krakowa, zmarł we więzieniu 1942.
178. Dr Radwański Stanisław z Osieka, zm. śm. nat. 27. IV. 1944.
179. Dr Reichmann Jerzy z Krakowa, zginął od bomby 17. I. 1945.
180. Dr Renner Zygmunt z Krakowa, zm. śm. nat. 11. X. 1942.
181. Dr Reiner Otmar z Krakowa, wywieziony do Bełzca we wrześniu 1942.
182. Dr Rubinstein Dawid i
183. Dr Rubinstein Dora — oboje z Krakowa, wywiezieni do Bełzca we wrześniu 1942.
184. Dr Rosemzweig Henryk z Krakowa, wywieziony do obozu koncentracyjnego w Niemczech w roku 1944.
185. Dr Rost Bronisław z Krakowa, zastrzelony w Radomiu 8. VIII. 1942.
186. Dr Rosen Marceli z Częstochowy, zmarł 2. IX. 1940.
187. Dr Ryttel Antoni z Kielc, zmarł 5. III. 1941.
188. Dr Rzążewski Henryk z Tarnowa, zginął 15. IV. 1943.
189. Dr Salomon Samson z Krakowa, zmarł w obozie koncentracyjnym w Niemczech w r. 1944.
190. Dr Schwarz Zygfryd z Krakowa, zastrzelony w Jaśle w październiku 1943.
191. Dr Sikora Sikorski Jan z Kielc, zm. śm. nat. 21. IV. 1944.
192. Dr Schreiber Bazyli z Kunowa, zm. śm. nat. 29. III. 1944.
193. Dr Schlank Józef z Krakowa, zginął w Oświęcimiu 31. VII. 1942.
194. Dr Schatz Jakub z Radomia, zmarł 28. IV. 1942.
195. Dr Sierosławski Władysław z Krakowa, zm. śm. nat. 23. I. 1942.
196. Dr Stenzel Władysław z Krakowa zastrzelony w Płaszowie w październiku 1943.
197. Dr Schenkel Bronisława z Tarnowa, zginęła.
198. Dr Spira Józef z Krakowa zginął we wrześniu 1939.
199. Dr Silberberg Berta i
200. Dr Silberberg Stefania — obie z Krakowa, wywiezione do Bełzca we wrześniu 1942.
201. Dr Stern Natan z Krakowa, zginął w Sandomierzu w r. 1943.
202. Dr Szajnowa Maria z Częstochowy, zmarła 26. XI. 1940.
203. Dr Świerz Witold z Krakowa, zm. śm. nat. 13. VI. 1940.
207. Dr Sędzimir Czesław z Krakowa, zm. śm. nat. 7. II. 1940.
205. Dr Spannbauer Karol ze Suchej, zm. śm. nat. 4. II. 1940.
206. Dr Szczepaniak Antoni z Radomia, zm. śm. nat. 20. I. 1940.
207. Dr Skórski Włodzimierz z Żywca, zm. śm. nat. 22. IX. 1939.
208. Dr Szczeklik Karol z Krakowa, zginął od bomby 3. IX. 1939.
209. Dr Szwarc Jan ze Skawiny, zm. śm. nat. 5. XII. 1942.
210. Dr Szatz Jakub z Radomia, zginął 28. IV. 1942.
211. Dr Szancenbach Jan z Krakowa, zaginął.
212. Dr Schinagel Emil z Krakowa, zginął w r. 1943.
213. Dr Trzebicky Rudolf z Krakowa, zm. śm. nat. 2. XII. 1941.
214. Dr Türschmidt Wilhelm z Tarnowa, zginął w Oświęcimiu 19. VI. 1942.
215. Dr Tworowski Michał z Kielc, zginał w Oświęcimiu 17. II. 1943.
216. Dr Tutlis Łucjan z Włoszczowy, zmarł 3. V. 1943.
217. Dr Thur Regina i
218. Dr Thur Zygmunt — oboje z Krakowa zginęli podczas ucieczki z ghetta w listopadzie 1942.
219. Dr Teichner Sabina z Krakowa, zaginiona.
220. Dr Turkowski Bruno z Zakopanego, zaginął.
221. Dr Urbanowski Albin z Zagnańska, zm. śm. nat. 10. III. 1943.
222. Dr Wachholz Leon z Krakowa, prof. U. J. zm. śm. nat. w Krakowie 28. VIII. 1942.

223. Dr Wasserberg Dora i
224. Dr Wasserberg Paulina — obydwie z Krakowa, zastrzelone w Jaśle w październiku 1943.
225. Dr Wander Leon z Krakowa, zginął we wrześniu 1939.
226. Dr Wernikowski Wiktor, zmarł 2. III. 1941.
227. Dr Weber Henryk z Krakowa, zmarł w r. 1944.
228. Dr Węcewicz Wacław z Zawiercia, zmarł 25. XII. 1941.
229. Dr Weissberg Rachela z Częstochowy, zmarła 20. VII. 1943.
230. Dr Wierzbicki Gustaw z Grybowa, zmarł 12. V. 1943.
231. Dr Wroński Stefan z Radomia, zginął w Oświęcimiu 21. VI. 1941.
232. Dr Wilson Ryszard z Oświęcimia, zginął 18. X. 1939.
233. Dr Wrześniowski Władysław, zmarł 25. II. 1940.
234. Dr Wróblewski Wincenty z Krakowa, zm. śm. nat. 21. I. 1942.
235. Dr Wyleżyński Jan z Końskich, zmarł 17. I. 1945.
236. Dr Wójcik Wacław z Lipienic, zmarł 2. XI. 1942.
237. Dr Wiśniewski Józef z Krakowa, zm. śm. nat. 28. VIII. 1942.
238. Dr Wandstein Lila z Krakowa, wywieziona do obozu koncentracyjnego w Niemczech w r. 1944.
239. Dr Zasucha Wincenty z Kielc, zm. śm. nat. 26. IV. 1942.
240. Dr Zatłokal Rudolf z Jasła, zm. śm. nat. 27. II. 1942.
241. Dr Zbrożek Feliks z Końskich, zmarł 29. VIII. 1939.
242. Dr Zbyszewski Jerzy z Borowej, zm. śm. nat. 6. VIII. 1944.
243. Dr Zaks Wanda z Krakowa, wywieziona do Bełzca w r. 1942.
244. Dr Ziarko Jan z Krakowa, zm. śm. nat. 14. III. 1942.
245. Dr Zucker Emanuel z Jasła, zastrzelony w październiku 1943.
246. Dr Zylber Adam z Krakowa, zginął w Złoczowie.
247. Dr Zylberszlak Stanisław z Kielc, zginął 19. IX. 1940.
248. Dr Żuliński Edward z Krakowa, zm. śm. nat. 27. XII. 1940.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

ZWIĄZEK LEKARZY KAS CHORYCH
w KRAKOWIE.

Kraków, dnia 1 październ. 1945.

Do Lekarzy
Ubezpieczalni Społecznej

Nadzwyczajne Walne Zebranie „Zrzeszenia Lekarzy Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie" powzięło dnia 12. 8. r. b. uchwałę powołać do życia „Ogólnopolski Związek Lekarzy Ubezpieczalni Społecznych" i zwołać w tym celu konferencję delegatów lekarzy Ubezpieczalni Społecznych.

Wobec niedojścia do skutku Zjazdu Lekarzy w Łodzi z końcem września br., konferencja ta odbędzie się w Krakowie dnia 3 i 4 listopada 1945.

Prosimy o jak najszybsze podanie nazwisk delegatów.
Na konferencji tej omawiane będą następujące tematy:

1) Sprawa bytu lekarzy Ubez. Społ.
2) Utworzenie Ogólnopolskiego Związku Lekarzy U. S.
3) Powszechna Służba Zdrowia.
4) Oddzielenie ubezpieczeń: chorobowego, inwalidzkiego i wypadkowego od ubezpieczeń długoterminowych i oddanie ich pod kompetencję Ministerstwa Zdrowia.
5) Wolne wnioski.

Zgłoszenia prosimy nadsyłać pod adresem:
Dr Jan Gołąb — Kraków, ul. Zyblikiewicza 5. (tel.: 547-38)

Za Komitet organizacyjny:

(-) *Dr Adam Swat*
Sekretarz

(-) *Dr Jan Gołąb*
Prezes

Zarząd Miejski w Kielcach

Kielce, dn. 1. IX. 19 5 r.

KONKURS

Zarząd Miejski w Kielcach ogłasza niniejszym konkurs na stanowiska:

1) Dyrektora Szpitala Miejskiego z wynagrodzeniem według V gr. up. dla pracowników samorządowych, zwiększonym o dodatek wojenny, rodzinny i funkcyjny.

2) Ordynatora internisty z poborami według VI gr. up. dla pracowników samorządowych, zwiększonym o dodatek wojenny i rodzinny.

3) Ordynatora chirurga z wynagrodzeniem według VI gr. up. dla pracowników samorządowych, zwiększonym o dodatek wojenny i rodzinny.

4) Ordynatora ginekologii z wynagrodzeniem według VI gr. up. dla pracowników samorządowych zwiększonym o dodatek wojenny i rodzinny.

5) Ordynatora położnictwa z wynagrodzeniem według VI gr. up. dla pracowników samorządowych, zwiększonym o dodatek wojenny i rodzinny.

6) Ordynatora Oddziału Zakaźnego z wynagrodzeniem według VI gr. up. dla pracowników samorządowych, zwiększonym o dodatek wojenny i rodzinny.

Kandydaci na powyższe stanowisko złożą oferty w Wydziale Ogólnym Zarządu Miejskiego w Kielcach z podaniem życiorysu, wyszczególnieniem odbytych studiów i dotychczasowej pracy.

Do podania należy dołączyć poświadczone odpisy dyplomów, świadectw szkolnych i pracy.

Termin składania podań upływa z dniem 30 września 1945 r.

Prezydent Miasta Kielc
(—) *J. Łukawski*

KONKURS

Ubezpieczalnia Społeczna w Rzeszowie ogłasza niniejszym konkurs na stanowisko lekarzy Ubezpieczalni, a mianowicie:

1) na stanowisko lekarza specjalisty bakteriologa z siedzibą w Rzeszowie z wynagrodzeniem 5 godzin pracy dziennej specjalistycznej;

2) na stanowisko lekarza domowego z siedzibą w Łańcucie, pełno zatrudnionego tj. 5 godzin pracy dziennej (w tym odwiedzanie obłożnie chorych w domu).

Podania należycie udokumentowane wraz z własnoręcznie napisanym życiorysem należy wnosić do Ubezpieczalni Społecznej w Rzeszowie, ul. Hetmańska 17, w terminie do dnia 15 października 1945 r.

Lekarz Naczelny: (Dr *Balicki Wł.*)

Dyrektor: (Mgr *Mucha Wł.*)

Kraków, dnia 12. 9. 1945 r.

L. Z. I—b/59/45

KONKURS

Urząd Wojewódzki Krakowski na mocy przepisów § 10 obowiązującej ustawy austr. z dnia 28 lipca 1897 r. (Dz. U. Kr. Nr. 47 i okólnika Urzędu Wojew. Krak. Nr. 22. z dn. 23 lipca 1945 r. L. S. A. IV7 2/45 Dz. Wojew. Nr. 4 poz. 14 z dnia 1 sierpnia 1495 r.) ogłasza konkurs na stanowisko dyrektora szpitala powszechnego w Żywcu.

Kandydaci ubiegający się o nadanie tego stanowiska winni dołączyć do podania następujące załączniki:

1. poświadczenie obywatelstwa polskiego (wierzytelny odpis);
2. dyplom lekarski (wierzytelny odpis);
3. dowody specjalnych kwalifikacji ze szczególnym uwzględnieniem gruntownej znajomości chirurgii i ginekologii operacyjnej, leczenia fizykalnego oraz znajomości rentgenologii;
4. dowody beznagannej przeszłości;
5. życiorys.

Podania należy wnosić do rzędu Wojewódzkiego Wydział Zdrowia w nieprzekraczalnym terminie do 1 listopada 1945 r.

Wojewoda

NAJBLIŻSZE POTRZEBY SŁUŻBY ZDROWIA W POLSCE *)

1. Liczba lekarzy w Polsce spadla z 12.000 w r. 1939 na mniej więcej 7.000 w r. 1945. Trzy do czterech tysięcy lekarzy pochodzenia żydowskiego zostało wymordowanych przez Niemców, kilkaset zginęło podczas i na skutek działań wojennych 1939—1941, około tysiąca służy w polskich oddziałach wojskowych na obszarach zachodniej i południowej Europy, albo też czasowo zamieszkuje na zachodzie Europy.

2. Siedem do ośmiu tysięcy lekarzy przy ludności około 23 milj. może ją obsłużyć tylko przy systemie obsługi przez instytucje. Szpitale sanatoria,, domy macierzyństwa, różne instytucje opieki nad dzieckiem, ambulatoria, ośrodki zdrowia, poradnie specjalistyczne itp.. muszą stworzyć podstawę dla odpowiedniej opieki leczniczej.

3. Dużo szpitali i zakładów pokrewnych zostało zniszczone podczas działań wojennych. Wiele innych spalono w Warszawie, Poznaniu, Gdańsku, Radomiu, Jaśle i w innych miastach. Większość została zajęta przez wroga na jego potrzeby; te po oswobodzeniu znaleziono w stanie zniszczenia. Podstawowe wyposażenie jak bielizna, odzież chorych, leki itp. zniknęły i są zupełnie nie do zdobycia w kraju.

Pierwszą potrzebę stanowią całkowicie urządzone szpitale. Pierwotny program przewidywał 58.000 łóżek, około 15.000 będzie wysłanych do grudnia 1945 r. Pozostałe 43.000 stanowią podstawową i pilną potrzebę.

4. Repatriacja obywateli polskich z Zachodu i ze Wschodu obejmuje około 3 milj. osób dorosłych, młodzieży i dzieci, z nich wiele wymagających natychmiastowej pomocy leczniczej i zapobiegawczej.

5. Powracające wywiezione osoby będą kierowane do punktów wjazdowych na Zachodzie, Wschodzie i Południu. Trzeba mieć na uwadze, że większość tych repatriowanych przyjedzie koleją, jednakże wielu z nich powraca i będzie powracało w coraz większej liczbie pojazdami konnymi, ciężarówkami i wszelkimi innymi środkami komunikacji, a także pieszo.

45 doraźnie zorganizowanych szpitali i jednostek przeciwepidemicznych z pełnym wyposażeniem jest niezbędnych do obsłużenia tych punktów. Poza tym wewnętrzne pomieszczenia ludności są również w toku i to na wielką skalę i będą trwały przez szereg miesięcy. Szczególnie poważny problem stanowi 400.000 mieszkańców zrujnowanej Warszawy, których liczba codziennie wzrasta. Był to dawniej ośrodek systemu szpitalnego w Polsce, zredukowany obecnie do paru tysięcy łóżek, obsługujących ludność, żyjącą w warunkach niesłychanie trudnych.

Ażeby zapełnić te braki, a w szczególności potrzeby repatriantów specjalny program dodatkowy jest konieczny.

6. Wykaz leków, uzupełniający podstawy projektowane do końca grudnia 1945 r. jest przygotownay i nie przewiduje się trudności w zadośćuczynieniu tej potrzebie.

7. Prawdziwą przysługą może być dostarczenie kompletów amerykańskich, angielskich i francuskich wydawnictw technicznych za okres 1939—1945 r. Są one niezbędne w procesie odbudowy służby zdrowia.

Seria specjalistycznych monografii i memorandów o najnowszych zdobyczach z zakresu medycyny zapobiegawczej i leczniczej powinna być dostarczana w tłumaczeniu na język polski. Ministerstwo Zdrowia w Polsce w porozumieniu z Sekcją Zdrowia UNRRA opracowało wykaz dokładny tych życzeń.

*) Wg komunikatów Min. Zdrowia.

POLSKI ZWIĄZEK ZIELARSKI

Z Pol. Związku Zielarskiego otrzymujemy następujący komunikat.

Dnia 7 lipca br. odbyło się pierwsze Walne Zgromadzenie Polskiego Związku Zielarskiego. Prezesem Związku został wybrany prof. U. J. dr Marek Gatty-Kostyal, dotychczasowy przewodniczący Komisji Organizacyjnej.

Związek jest zrzeszeniem wszystkich osób i instytucji zajmujących się produkcją zielarską, bądź w formie uprawy roślin leczniczych i przyprawowych, bądź zbiorem ze stanu dzikiego. Celem Związku jest skoordynowanie działalności zielarskiej łącznie z obroną interesów producentów, współpraca z instytucjami państwowymi, samorządowymi i spółdzielczymi w zakresie produkcji, przetwórstwa i handlu zielarskiego oraz popieranie wszelkiej akcji zdążającej do rozwoju rodzimego zielarstwa. Do zakresu prac Polskiego Związku Zielarskiego należeć więc będzie przede wszystkim działalność instruktorska przez udzielanie porad fachowych, wydawanie publikacyj, urządzanie kursów, odczytów, wycieczek, wystaw; starania nad zaopatrzeniem swych członków w nasiona, sadzonki, nawozy sztuczne, narzędzia, organizowanie związkowych suszarni, krajalni, proszkarni, magazynów itp. Przez współpracę ze sferami naukowymi, rolniczymi i farmaceutycznymi dążyć będzie Związek do prowadzenia wzorowych upraw zielarskich, powodowania badań w zakresie doświadczalnictwa i hodowli, oraz badań farmakodynamicznych nad wytwarzanym surowcem.

Również właściwe zorganizowanie zbiórki roślin ze stanu dzikiego pragnie P. Z. Z. ująć w swe ręce, stojąc na stanowisku uwzględniania w swych poczynaniach wymagań ochrony przyrody.

Do działalności P. Z. Z. będzie należało zbieranie i ogłaszanie statystyk dotyczących wytwórczości zielarskiej.

Reprezentując zawodowe interesy zielarstwa, winien Związek przez swych przedstawicieli brać udział w komisjach cennikowych związanych z handlem, przesyłką i wywozem ziół.

Władzami Związku obok Walnego Zgromadzenia i Zarządu Głównego jest Rada Związku złożona z 14 członków i 7 zastępców. W Radzie zasiadają także przedstawiciele instytucji zainteresowanych w akcji zielarskiej. Obok Centrali Związku, mającej czasowo siedzibę w Krakowie, utworzone będą w poszczególnych województwach Oddziały. Zarząd Oddziałów składa się z 3 członków i 2 zastępców.

Biuro dyrekcji w Krakowie pl. Szczepański 8. IV p. pokój nr 29. Dyrektorem Biura jest inż. Szlenk. — Składka członkowska dla członków zwyczajnych wynosi 10 zł miesięcznie, wpisowe 30 zł, dla instytucji (osób prawnych) 50 zł, wpisowe zaś 300 zł.

Związek przystępuje obecnie do wydawania własnego miesięcznika pt. „Przegląd Zielarski“, mającego przedstawiać

całokształt zagadnień zielarskich. Dotychczas ogłaszane były krótkie artykuły w dziale „Zielarstwo" w czasopiśmie „Orka".

P. Z. Z. pragnie kontynuować działalność tak zasłużonego przed wojną Polskiego Komitetu Zielarskiego, którego członków wciągnięto w miarę możności do rozpoczętej akcji.

Ze względu na powojenną sytuację wyrażającą się, w przemyśle farmaceutycznym krajowym i zagranicznym ruiną laboratoriów i wytwórni oraz trudnościami przywozu egzotyków, wszelka akcja zmierzająca do racjonalnej eksploatacji i powiększenia własnych zasobów surowców leczniczych jest niezmiernie ważna i godna szczególnego zainteresowania sfer lekarskich. Taki nawrót do ziołolecznictwa, wniesie niechybnie, jak to już zauważono po I-szej wojnie światowej, wiele nowych względnie odnowionych wartości do współczesnego skarbca leczniczych środków.

Państwowa Rada Zdrowia została powołana na nowo przy Mtwie Zdrowia. Ma ona za zadanie współdziałać z Ministerstwem Zdrowia w opracowywaniu wytycznych polityki zdrowotnej Państwa i opiniować poczynania Władz w sprawach zdrowotnych i populacyjnych.

Na przewodniczącego P. R. Z. powołany został Dr Marcin Kacprzak. Pierwsze posiedzenie wyznaczone zostało na 2 października 1945 r.

Członkowie Państwowej Rady Zdrowia. Członkami Państwowej Rady Zdrowia mianowani zostali prof. dr Fr. Walter, dr M. Ciećkiewicz i doc. dr St. Nowicki z Krakowa.

* * *

Postulaty felczerów. W Warszawie odbył się zjazd Zawodowego Związku Felczerów R. P. liczącego około 600 członków zatrudnionych w szpitalach, P. C. K., kolejnictwie itp. Związek wystąpił z postulatem przyznania dyplomowanym felczerom z wieloletnią praktyką tytułu „lekarza-praktyka" w odróżnieniu od lekarzy i drów medycyny. Przedstawiciel Mtwa Zdrowia obecny na Zjeździe oświadczył, że Mtwo skłonne byłoby poprzeć postulat w stosunku do felczerów mogących wykazać się odpowiednim poziomem wyszkolenia zawodowego którzy złożą przepisany egzamin. Przyznanie żądanego tytułu zależy jednak nie tylko od Mtwa Zdrowia, ale również od Mtwa Oświaty i opinii uniwersytetów.

Dr Gołąb Jan powołany został na członka Miejskiej Rady Narodowej (sekcja samitarna).

* * *

Krótkometrażowy film pt.: Niewidzialny wróg, poświęcony zagadnieniu niebezpieczeństwa chorób zakaźnych, a w szczególności tyfusu, zrealizowany został przy poparciu Nadzw. Komisariatu do Walki z Epidamiami.

* * *

Uzdrojowiska na ziemiach zachodnich. Na ziemiach zachodnich mamy 280 uzdrowisk i 53 stacje klimatyczne, odwiedzane przed wojną przez 640.000 kuracjuszów rocznie. Z tej liczby połowa kuracjuszów kierowała się na Śląsk, 31% na Pomorze Zachodnie, a reszta na Mazury.

Roczne wpływy z tych uzdrowisk, pod postacią taks kuracyjnych, można preliminować najmniej na 300 milionów zł. Osobno należy przewidzieć wpływy z pociągów popularnych i przeróżnych imprez. Warto wreszcie dodać, że w obsłudze przemysłu uzdrowiskowego i hotelarskiego na ziemiach odzyskanych znajdzie chleb i pracę 180 tys. osób.

(W/g K. C. z 31. 8. 45).

MEDYKAMENTY ZA PÓŁ MILIARDA DOLARÓW OD UNRRA

Do końca br. nadejdą do Polski dary UNRRA wartości ponad 500 milionów dolarów. Wśród nich pierwszą pozycję zajmą medykamenty i zaopatrzenie szpitalne. Rozładowywanie i przyjmowanie sprzętu medycznego odbywa się przy udziale delegatów, zaproszonych do kontroli partyj i organizacyj państwowych i społecznych.

Ministerstwo Zdrowia weszło w bezpośredni kontakt z przedstawicielem UNRRA dla spraw sanitarnych.

(W/g Dz. P. z 13/9 45).

KOLUMNY SANITARNE W STOLICY

W Warszawie istnieje Państwowy Zakład Higieny i Miejski Instytut Higieny. Obie instytucje prowadzą np. badanie produktów żywnościowych i na tym tle zdarzały się na terenie stolicy podwójne czynności. W celu rozgraniczenia zakresu działania obu instytucyj odbyła się z końcem sierpnia konferencja w Państwowym Zakładzie Higieny pod przewodnictwem dyrektora Zakładu, doc. dra F. Przesmyckiego, z udziałem przedstawicieli Resortu Zdrowia Zarządu Miejskiego, dra J. Majkowskiego, doc. dra Leyko, dra E. Świderskiego i przedstawicieli poszczególnych oddziałów Państw. Zakładu Higieny.

Omówiono sprawy badania wody, artykułów żywnościowych oraz badań bakteriologiczno-serologicznych. Ustalono podział czynności między P. Z. H. a M. I. H. i postanowiono wzmocnić akcję w kierunku polepszenia stanu zdrowotnego wody i artykułów żywności w stolicy.

W najbliższym czasie będą wysłane na miasto kolumny sanitarne z ramienia Zarządu Miejskiego, których członkowie będą przeszkoleni w Państw. Zakładzie Higieny.

(W/g K. C. 21/9 45).

LEKARSKI INSTYTUT NAUKOWO-WYDAWNICZY

Przy Ministerstwie Zdrowia powstał Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy. Instytut ten ma na celu prowadzenie i popieranie badań naukowych w zakresie medycyny i nauk pokrewnych, wydawanie książek i czasopism naukowych i popularnych, organizowanie bibliotek lekarskich i archiwów szpitalnych, gromadzenie zbiorów i materiałów naukowych, wydawanie broszur z zakresu higieny i profilaktyki, opracowywanie do dzienników artykułów z zakresu medycyny społecznej, higieny, odkryć naukowych, zwalczanie szkodliwych wydawnictw brukowych, organizowanie odczytów naukowych i popularnych etc.

W zakresie bibliotekarstwa organizuje się w tej chwili Główną Bibliotekę Wojskową oraz sieć bibliotek lekarskich wojewódzkich i szpitalnych (powiatowych). Wszystkie księgozbiory, jakie ocalały w Warszawie, zostały zabezpieczone (m. in. zbiory poniemieckie). Czynione są starania o sprowadzenie książek z zagranicy.

Prowadzi się poszukiwanie bibliotek lekarskich poniemieckich na Dolnym Śląsku.

W zakresie wydawniczym Instytut przygotowuje do druku nowe wydania dawniejszych podręczników lekarskich oraz prace nowe. Na pierwszy plan pójdzie Podręcznik Higieny dra Gądzikiewicza. Gotowych jest do druku około 150 rękopisów.

Instytut wydawać będzie czasopisma lekarskie, w pierwszym rzędzie „Dziennik Zdrowia", dwutygodnik, który składać się będzie z części urzędowej i nieurzędowej oraz „Tygodnik Lekarski", pismo o charakterze ogólno-lekarskim.

Pierwszy numer „Dziennika Zdrowia" wyjdzie z druku już w najbliższych dniach. Dążeniem Instytutu jest, aby pisma te docierały do wszystkich lekarzy w całej polsce. Przewiduje się też na dalszą przyszłość wydawanie pism lekarskich z dziedzin specjalnych.

W zakresie propagandy medycyny społecznej przygotowuje się do druku wiele broszur. Pierwsza z nich — o zwalczaniu chorób wenerycznych — opuściła prasę.

KURS DOKSZTAŁCAJĄCY

Z inicjatywy Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego zorganizowany zostanie w czasie od 9. X. do 18. X. 1945 r. przy szpitalu Marii Magdaleny w Łodzi 10-dniowy kurs dokształcający z zakresu wenerologii dla lekarzy ogólnopraktykujących i pracujących względnie zamierzających pracować w państwowych lub miejskich przychodniach przeciwwenerycznych.

Zgłoszenia na kurs należy nadsyłać do Wydziału Zdrowia Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego do dnia 1. X. 1945 r.

Wydział Zdrowia zapewni uczestnikom kursu zakwaterowanie i wyżywienie za umiarkowaną opłatą.

* * *

Szkoła Pielęgniarska. — Dnia 17 bm. otwarta została Szkoła Pielęgniarska Sióstr Miłosierdzia w Krakowie.

Akademia Lekarska w Gdańsku podaje do wiadomości, że egzamin kandydatów na studentów odbędzie się dn. 16-go października r. b. o godz. 10-ej w Warszawie oraz w Gdańsku.

Kandydaci uprzednio zarejestrowani, winni złożyć w Sekretariacie Akademii w Gdańsku lub w Ministerstwie Zdrowia w Warszawie (Chocimska 24):

1) świadectwo dojrzałości lub indeks uczelni wyższej;
2) 2 fotografie;
3) własnoręcznie napisany życiorys.

W razie braku oryginału świadectwa dojrzałości, przedstawić należy zaświadczenie, zweryfikowane przez Kuratorium szkolne.

Weryfikacji podlegają również świadectwa dojrzałości uzyskane zagranicą lub w tajnym nauczaniu.

Termin składania dokumentów upływa dnia 13. października o godz. 12 w południe.

Badanie lekarskie Kandydatów odbędzie się w czasie od 10 do 14-go października r. b.

Informacji udzielają: Sekretariat Akademii Lekarskiej w Gdańsku oraz w Warszawie, Chocimska 24.

* * *

KONKURS

Wydział Powiatowy w Wąbrzeźnie ogłasza konkurs na stanowisko dyrektora-chirurga Szpitala Powiatowego w Wąbrzeźnie.

Do konkursu mogą się zgłaszać kandydaci, którzy odpowiadają następującym warunkom:

1) obywatelstwo polskie,
2) dyplom lekarski uznany przez Państwo Polskie,
3) prawo wykonywania praktyki w Państwie Polskim,
4) dłuższa praktyka szpitalna upoważniająca do używania tytułu specjalisty-chirurga.

Do stanowiska tego przywiązane są pobory według grupy VI urzędników państwowych wraz z dodatkami.

Wnioski wraz z uwierzytelnionymi odpisami dokumentów należy złożyć na ręce lekarza powiatowego w Wąbrzeźnie w terminie do 15. 10. 1945 r.

Przewodniczący Wydziału Powiatowego
Z. Czarnocki

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

MEDYCYNA SPOŁECZNA I KLINICZNA

Lublin, rok I nr 1 lipiec 1945, str. 140.

Treść: W sprawie kreowania oddzielnego Ministerstwa Zdrowia. — Z działalności resortu Pracy, Opieki Społ. i Zdrowia. — Palące zagadnienia: Dr J. Freytag. — Istota higieny Społecznej: prof. dr E. Grzegorzewski. — W sprawie administracji szpitali: dr M. Biernacki. — Projekt organizacji szpitali powiatowych: dr J. Sowiakowski. — O warunkach higieniczno-sanitarnych na robotach publicznych: dr M. Radajewski. — Rozwój pojęć o etiologii chorób zakaźnych: prof. dr L. Hirschfeld. — Tyfus plamisty: doc. dr J. Morzycki. — Przyczynek do beztlenowcowego zakażenia: gen. dr M. Moguczy. — O znaczeniu klinicznym stanów hipoglikemicznych: prof. dr J. Węgierko. — Leczenie antiretikularną cytotoksyczną surowicą Bohomolca: mjr dr J. Hanzel. — O leczeniu niewydolności układu sercowo-naczyniowego: dr J. Dobrzyński. — O nowych biologicznych bakteriobójczych środkach *gramocidinie* i *penicillinie*: dr B. Zabłocki. — Niepłodność i sztuczne zapłodnienie: dr A. Lerkam. — Czworaczki Tomaszowskie: dr J. Peter.

Przegląd epidemiologiczny: dr P. Pilczuk. — Dwa Zjazdy lekarzy powiatowych w Lublinie. — Wydział Lekarski Uniwersytetu im. Marii Curie-Skłodowskiej. — Z Lubelskiego Twa Lekarskiego. — Okólniki, komunikaty, rozmownica lekarska, statystyka Pogot. Rat., ankieta.

NOWINY LEKARSKIE

Poznań, Rok 52, nr 5 z 1. VIII 45, dwutygodnik społ. naukowy — organ Wojew. Urzędu Zdrowia, Izby Lekarskiej Poznańskiej, Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia i Izby Aptekarskiej w Poznaniu.

Treść: Znaczenie sanitariatu portowego dla Państwa: dr A. Brodniewicz. — Obserwacje nad narządem krążenia i słuchu w komorach pneumatycznych: dr K. Mietkowski. — Kilka uwag co do organizacji i ewentualnej reorganizacji naszych studiów lekarskich: prof. dr S. Różycki. — Witaminy w świetle badań ostatnich lat: dr F. Modrzejewski. — O jednolity charakter organizacyjny lecznictwa w Polsce: dr. A. Jankowska. — Dział informacyjny, komunikaty.

Nr 6 z 15. VIII 45:

Treść: Amoniak jako środek pomocniczy do dezynfekcji w komorach żarowych: prof. dr W. Gądzikiewicz. — O ropniach śledziony podurowych w związku z przypadkiem wyleczonym: prof. dr F. Łabendziński i dr R. Drews. — Ostra niedrożność jelita wywołana kamicą żółciową: dr B. Krajnik. — Wpływ witaminy *A* na przemianę podstawową u dzieci z nadczynnością tarczycy: dr T. Rafiński. — Witaminy w świetle badań ostatnich lat: dr F. Modrzejewski cz. II. — Próba charakterystyki współczesnej rzeczywistości lekarskiej: S. Wrzyszczyński — referat dyskusyjny na I plenarnym Zebraniu Sekcji Lekarzy Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia w Poznaniu w dniu 4 sierpnia 1945. — Komunikaty, informacje.

NA WZNOWIENIE „PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO" ZŁOŻYLI:

500 zł

Prof. dr M. Rutkowski — Kraków

300 zł

Pow. Pińczów:
Dr Dutkiewicz Roman — Skalbmierz.

250 zł

Pow. Pińczów:
Dr Mieżyński Tadeusz — Kazimierza Wielka.

200 zł

Pow. Pińczów:
Dr Madej Władysław — Opatowiec.

Pow. Brzesko:
Szpital Powiatowy w Brzesku, Dr Kotas Rudolf — Brzesko.

Pow. Krosno:
Dr Lewicki Zygmunt — Krosno.

150 zł

Dr Goryca Józef — Czchów. Dr Jakubowska Zofia — Borzęcin. Dr Kohlberger Tadeusz — Zakliczyn. Dr Lubowiecki Jerzy, dr Łabno Stanisław, dr Łosiowski Zdzisław — Brzesko.

100 zł

Pow. Opatów:
Dr Glińska Helena, dr Gliński Bohdan, dr Kraus Ferdynand, dr Ocepa Józef, dr Ornatkiewicz Mieczysław, dr Pajerski Romuald — Opatów. Dr Wiktor Alfons — Iwaniska.

Pow. Kęty:
Dr Dziewoński Władysław — Kęty.

Pow. Brzesko:
Dr Łukowa Zofia — Lusławice. Dr Nepomuski Florian, dr Runge Witold — Brzesko. Dr Schubert Stanisław — Wojnicz.

Pow. Pińczów:
Dr Generowicz Jarosław — Pińczów. Dr Grębowski Karol — Działoszyce. Dr Podkopał Józef — Kazimierza Wielka. Dr Żuk Józef — Pińczów.

Rok I Seria II | Kraków | Nr 6 (15 września 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja: Kraków, Krupnicza 11a m. 11
Tel. 543-16
Konto P. K. O. Nr IV-310

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie

Redaktor odpowiedzialny: dr J. Hozer

Do Lekarzy Ubezpieczalni Społecznych!

Nadzwyczajne Walne Zebranie „Zrzeszenia Lekarzy Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie" powzięło dnia 12. 8. r. b. uchwałę powołać do życia „Ogólnopolski Związek Lekarzy Ubezpieczalni Społecznych" i zwołać w tym celu konferencję delegatów lekarzy Ubezpieczalni Społecznych.

Wobec niedojścia do skutku Zjazdu Lekarzy w Łodzi z końcem września br., konferencja ta odbędzie się **w Krakowie dnia 3 i 4 listopada 1945**.

Prosimy o jak najszybsze podanie nazwisk delegatów.

Na konferencji tej omawiane będą następujące tematy:

1) Sprawa bytu lekarzy Ubez. Społ.
2) Utworzenie Ogólnopolskiego Związku Lekarzy U. S.
3) Powszechna Służba Zdrowia.
4) Oddzielenie ubezpieczeń: chorobowego, inwalidzkiego i wypadkowego od ubezpieczeń długoterminowych i oddanie ich pod kompotencję Ministerstwa Zdrowia.
5) Wolne wnioski.

Zgłoszenia prosimy nadsyłać pod adresem:
Dr Jan Gołąb — Kraków, ul. Zyblikiewicza 5 (tel.: 547-38).

Za Komitet organizacyjny:

(-) *Dr Adam Swat*
Sekretarz

(-) *Dr Jan Gołąb*
Prezes

Rok I Seria II Kraków Nr 6 (15 września 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11a m. 11
Tel. 543-16
Konto P. K. O. Nr IV-310

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie Redaktor odpowiedzialny: Dr J. Hozer

LEON WACHHOLZ

Urodził się 20 VI 1867 r. w Krakowie. z ojca Antoniego, doktora filozofii, profesora historii powszechnej najpierw w Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie, a następnie w Uniwersytecie Jagiell. w Krakowie, — z matki Joanny z Zagórskich. Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskał na Uniw. Jagiell. 18 III 1890 r. Od r. 1891 do 1894 był asystentem Zakładu medycyny sądowej U. J. pozostającego pod kierownictwem prof. Blumenstocka-Halbana. W czasie swej asystentury celem zdobycia najszerszych podstaw naukowych w zakresie chirurgii (pod kierunkiem prof Obalińskiego), medycyny wewnętrznej i pediatrii (prof. Tareński i prof. Jakubowski), psychiatrii (prof. Żuławski) również w zakresie medycyny eksperymentalnej (fizjologii u prof. Cybulskiego), chemii barwika krwi (prof. Teichmann), anatomii patologicznej (prof. Browicz) i chemii analitycznej (prof. Olszewski). Wiosnę 1892 r. i letnie półrocze 1893 r. spędził na studiach w Uniwersytecie wiedeńskim, gdzie poza wykładami z zakresu psychiatrii (prof. Krafft-Ebbing), pracował w Zakładzie sądowo-lekarskim pod kierunkiem prof. Hofmanna, wielkiego reformatora medycyny sądowej. Pracą tą zdobył sobie pełne zaufanie prof. Hofmanna; wówczas też nawiązał stosunki z wieloma późniejszymi uczonymi.

W lutym 1894 r. habilitował się na Uniw. Jagiell. z medycyny sądowej na podstawie pracy „O oznaczaniu wieku na zwłokach z przebiegu kostnienia główki kości ramieniowej“, zaś od 1 X 1894 r. objął stanowisko zastępcy profesora medycyny sądowej na Wydziale prawa Wszechnicy lwowskiej. Po rocznym pobycie we Lwowie wrócił do Krakowa, aby objąć na razie w charakterze zastępcy profesora wykłady z medycyny sądowej na Wydziale lekarskim i prawniczym a zarazem i kierownictwo zakładu sądowo-lekarskiego, który wypadło mu właśnie przenieść z dwupokojowego lokalu w domu czynszowym do nowo otworzonego w tym czasie „Collegium medicum“ i tu właśnie na nowo go urządzić, a przede wszystkim stworzyć nieistniejące do owej chwili muzeum sądowo-lekarskie. Muzeum to było pierwszym u nas, a dotąd jest spośród polskich muzeów sądowo-lekarskich najbogatszym pod względem ilości i jakości okazów. Zakład zdobył sobie uznanie wybitnych uczonych zagranicznych. którzy go zwiedzili. We wrześniu 1896 r. po przejściu prof. Halbana w stan spoczynku został mianowany profesorem nadzwyczajnym. a w rok później otrzymał dekret mianujący Go profesorem zwyczajnym medycyny sądowej w Uniw. Jagiell. i zobowiązujący do wykładów na Wydziale lekarskim i prawniczym. W latach 1901/2 i 1908/9 piastował urząd dziekana Wydz. lekarsk. Pozostawał w żywych, bądź osobistych, bądź pisemnych stosunkach z wieloma wybitnymi uczonymi. Pracując naukowo starał się utworzyć szkołę i dlatego nakłaniał swoich asystentów do pracy wspólnej i samodzielnej, dzięki czemu mógł przeprowadzić w Wydziale lekarskim habilitację wielu z swoich uczniów, którzy jak śp. prof. Sieradzki, śp. prof. Horoszkiewicz i prof. Olbrycht, objęli katedry medycyny sądowej w naszych wszechnicach.

Stworzywszy pierwszy polski zakład sądowo-lekarski jako warsztat pracy i zdobywszy materiał do badań przez to, że od r. 1891 pełnił obowiązki znawcy sądowego i honorowego prosektora miejskiego, sobie i zakładowi wyrobił imię w światowej literaturze naukowej. Pragnąc zarazem ułatwić tysiącom swoich słuchaczy z wydziału lekarskiego i prawniczego wykształcenie się w medycynie sądowej napisał dwa podręczniki, poświęcone medycynie sądowej, z tych drugi ogłoszony w trzech wydaniach w r. 1919, 1920, 1925 pt. „Medycyna sądowa“, dalej podręcznik „Psychopatologii sądowej“, „Techniki sekcyjnej“ (wspólnie z prof. Ciechanowskim) i „Medycyny Kryminalnej“ (wspólnie z prof. Olbrychtem), przeznaczony dla władz śledczych.

Jako znawca sądowy od r. 1891 występował przed sądami całej Małopolski, Śląska i Moraw, zaś po odrodzeniu Ojczyzny przed sądami całej Polski

(szczególnie w wielkich procesach w Warszawie), wydając opinie bądź ustnie, bądź pisemnie. Liczba wydanych przez niego ekspertyz, łącznie z ekspertyzami przezeń przygotowanymi z polecenia Wydz. lek. Uniw. Jagiell., przekracza dziesięć tysięcy a tyczy się niejednego dla nauki ważnego i do rozwiązania niełatwego przypadku. Żmudny zawód lekarza znawcy, który spełniał do końca swego pracowitego życia, oparł na wszechstronnej, głębokiej wiedzy i własnych pracach, dotyczących prawie wszystkich działów medycyny sądowej. Przeszły też one do ogólnego dorobku naukowego, i są przytaczane w najgłówniejszych dziełach sądowo-lekarskich francuskich, niemieckich, włoskich a nawet japońskich.

Wykaz prac śp. prof. Wachholza obejmuje nie tylko dzieła i prace naukowe z zakresu nauk lekarskich, głównie z zakresu medycyny sądowej (w liczbie 160), ale także prace z zakresu historii (np. „Szpitale krakowskie", wydawn. Biblioteki krakowskiej cz. I 1921, cz. II 1924) i prace literackie (np Fausta Goethego cz. I; przekład części II Fausta, Torkwata Tassa, Egmonta i i. czeka na ogłoszenie drukiem). Poza tym był autorem licznych sprawozdań o zmarłych wybitnych lekarzach w polskich pismach lekarskich i codziennych, oraz sprawozdań z polskiego piśmiennictwa lekarskiego, względnie sądowo-lekarskiego.

W r. 1894 mianowano śp. Leona Wachholza członkiem Polskiego Towarzystwa Przyrodników im. Kopernika we Lwowie. Była Akademia Nauk Lekarskich w Warszawie wybrała Go swoim czynnym członkiem, zaś od r. 1930 był czynnym członkiem Polskiej Akademii Umiejętności. Towarzystwo Lekarskie krakowskie w r. 1928 a Towarzystwo Międzynarodowe medycyny sądowej w Chicago w 1931 r. nadały Mu godność honorowego członka. W r. 1929 otrzymał Krzyż Komandorski Orderu Odrodzenia Polski, w r. 1933 został kawalerem Złotego Krzyża, w r. 1938 został wybrany wiceprezesem Międzynarodowej Akademii dla Medycyny Sądowej i Socjalnej (w Kopenhadze); w r. 1939 czynnym członkiem „Leopoldyńsko-Karolińskiej Akademii dla badaczy przyrody" w Halle nad Saalą, gdzie nazwisko Jego znalazło się w szeregu nazwisk tej miary przyrodników — członków tejże Akademii, jak Celsus, Cuvier, Linne, Goethe, Darwin, Lyell i inni. Ponadto był członkiem „Medico-legal Society" w Nowym Yorku.

W pamiętnym dniu 6 listopada 1939 r. wraz z swoimi kolegami, profesorami Uniw. Jagiell. i Akad. Górniczej został śp. Wachholz aresztowany w Collegium Novum przez siepaczy Gestapo, uwięziony na Monteluppich, a po dwudniowym pobycie w Koszarach na Krowodrzy, wpierw wywieziony do karnego więzienia we Wrocławiu, a następnie do obozu koncentracyjnego do Sachsenhausen koło Oranienburga.

Oto słowa z listu Doc. Dra Arkadiusza Piekary, najbliższego towarzysza męki obozowej śp. Wachholza (Nr 5215, Blok 46), pisanego do jego córki a żywo i wiernie malującego postać 72-letniego starca o młodzieńczym sercu gorącego patrioty: „Wie Pani dobrze, jak drogim i bliskim był mi śp. Ojciec Pani. Wspominam Go często i nieraz opowiadam o Nim i Jego bohaterstwie, niezwykłym umyśle i tak rzadko spotykanym charakterze. Wśród niebezpieczeństw, zagrażających życiu, miał odwagę i humor. Jego odczyty i wspomnienia, improwizowane i wspaniałe, były tymi urokami, które kazały nam zapominać o otaczającej rzeczywistości. Nie zapomnę, gdy raz o godz. 4-tej nad ranem powiedział mi, że ma już część swego poematu i szeptem zadeklamował mi fragment jakiejś dramatycznej parabazy. W chwilę potym wkładał swoje spuchnięte nogi w zmarznięte, twarde buty".

Dnia 18 stycznia 1940 r. na apelu porannym w obozie sachsenhauseńskim, przy mrozie przeszło dwudziestostopniowym, padł zemdlony i bliski już śmierci. Cudem ocalony, w „rewirze" czyli lazarecie głęboki *homo religiosus* jaki w nim tkwił uczynił sobie ślub wstąpienia do III Zakonu OO. Karmelitów w Czernej koło Krakowa. Ślubu tego dotrzymał — po powrocie z więzienia do Krakowa (8 lutego 1940) zapatrzony w świetlaną wizję O. Rafała Kalinowskiego, bosego Karmelity, byłego powstańca z 1863 r. i zesłańca-sybiraka, którego ekshumacji z cmentarza w Czernej przewodniczył w jesieni 1938 r. jako lekarz-rzeczoznawca z ramienia Kurii Metropolitarnej. Na kilka dni przed swą śmiercią, która nastąpiła 1 grudnia 1942 r. (w następstwie ciężkich odmrożeń nóg w obozie nabytych, jako też ogólnego wyczerpania organizmu, zwłaszcza serca), — robił dla przygotowującego się procesu kanonizacyjnego O. Rafała, pomiary przesłanych Mu kości przyszłego świętego polskiego. Była to ostatnia ekspertyza śp. lekarza-znawcy Wachholza, byłego więźnia politycznego. Połączyła ona symbolicznym związkiem postacie dwóch więźniów stanu i męczenników sprawy narodowej.

Prof. Dr Franciszek Walter

PRACE ORYGINALNE

Prof. dr KSAWERY LEWKOWICZ — Kraków

Choroba gruźliczo-gośćcowa

Z Kliniki dziecięcej Uniwersytetu Jagiellońskiego

(c. d).

11. Posocznice popoczątkowe gruźliczo-gośćcowe

a) Wznowy rumienia guzowatego

Zupełnie wyjątkowo posocznice te mogą się powtarzać przez całe życie chorego aż do starości w postaci rumienia guzowatego, jak to było w niektórych przypadkach Rotnesa. Na 182 tych przypadków rumienia u dorosłych (s. 109) 34 tj. 18,7% miało rumień więcej niż raz jeden. U 23 rumień wystąpił dwa razy, u 3 trzy razy, u 6 cztery razy, u 1 pięć razy, a u 1 nawet 14 razy. Ten ostatni przypadek (s. 110, 114, 208) omówiłem już poprzednio obszernie (L. g 11, h 104). Odstępy między poszczególnymi rumieniami wynosiły od 2 miesięcy do 44 lat. Rotnes mówi (s. 114): „Im bliżej wznowy występują w łączności

z przypuszczalnie gruźliczym pierwszorazowym rumieniem, tym naturalniejszą jest rzeczą przyjmować, że były każdym razem tej samej przyrody i że były one wyrazem zaburzenia jakiegoś utajonego procesu gruźliczego. „Późne“ wznowy są dlatego najtrudniejsze do wytłumaczenia“. Jak widzimy, także ten autor ma jeszcze poważne wątpliwości co do tego, czy rumień siniakowaty jest zawsze przyrody gruźliczej. Co zaś do tłumaczenia wznów późnych, to z punktu widzenia mojej teorii nie napotyka ono na żadne trudności. W przebiegu każdej wznowy odbywa się w zasadzie to samo, co w rumieniu początkowym. Musimy tylko przyjąć, że każda z tych posocznic — co musi być uwarunkowane konstytucjonalnymi właściwościami — doprowadza szybko do znacznego uodpornienia, a to znów zahamowuje wcześnie szerzenie się zmian serowatych, oraz prowadzi do dokładnego ich zamknięcia i zwapnienia, poczym następuje względnie szybkie wygasanie uodpornienia umożliwiające dalszą wznowę.

Powtarzające się przez całe życie wznowy rumieniowe mają dlatego tak wielkie znaczenie teoretyczne, że 1) doprowadzają sztywny podział choroby gruźliczej na 3 okresy *ad absurdum* i 2) że stanowią one klasyczny wzór wznawiających się gruźliczo-gośćcowych posocznic i to posocznic klinicznie zupełnie czystych, tj. nie łączących się z żadnymi zmianami gruźliczymi, któreby zdradzały się objawami utrzymującymi się w przerwach międzyrumieniowych.

Długie przerwy międzyposocznicze nie stanowią w ogóle w chorobie gruźliczej niczego niezwykłego. Przecież rozmaite postacie posocznicy początkowej mogą się zakończyć trwałym wyleczeniem, jak to stwierdzamy u wielu dorosłych tuberkulino-dodatnich i przeważnie także rentgenododatnich, którzy jednak wrzekomo nigdy nie chorowali na przypadłości gruźlicze. Podanie to musimy, co prawda, przyjmować *cum grano salis*. Posocznice gruźliczo-gośćcowe mogą przecież przebiegać zupełnie niepozornie i być brane np. za lekką grypę. Taka omyłka jest zresztą usprawiedliwiona okolicznością, iż grypa może się przyczynić do wybuchu danej posocznicy i że w przebiegu tej ostatniej można jeszcze stwierdzać objawy nieżytowe.

Długi okres bezobjawowy spostrzegać można w wielu przypadkach między okresem I-ym, a odosobnionymi gruźlicami narządów okresu III-go, co Ranke (s. 14, 204, 217 i ryc. 23) określa jako przeskoczenie, albo wypadnięcie okresu II-go. Wypełnia on tą, z jego podstawowym poglądem bezsprzecznie niezgodną lukę, twierdząc, że w tym czasie wygojony zespół pierwotny, którego immunizacyjne zdolności mają się wtedy wrzekomo nawet wzmagać, wytwarza w dalszym ciągu uodpornienie. Twierdzenie to jest oczywiście zupełnie bezzasadne. Wiemy przecież obecnie, że uodpornienie wytwarza się wyłącznie w związku z ogólnymi zakażeniami gruźliczo-gośćcowymi. Co prawda, zakażenia te mogłyby wychodzić z miejscowych, anatomicznie nieuchwytnych zaostrzeń, a mogłyby także — na podobieństwo bezobjawowej posocznicy początkowej — przebiegać klinicznie bezobjawowo i w ten sposób prowadzić do nowych cichych uodpornień. Ale wszystko to niema oczywiście nic wspólnego z teorią Rankego.

b) Sprawy gośćcowe

Rumień sińcowaty wprowadzano, z wielu stron w ścisły związek z ostrym gośćcem stawowym, gdyż sprawa, jak to było np. w 42% przypadków Rotnesa, łączyć się może — głównie jednak u dorosłych — z mniej lub więcej wybitnymi objawami gośćcowymi stawów, lub mięśni. Inni znów autorzy (piśmiennictwo u Rotnesa, s. 76) odrzucali stanowczo ten pogląd. Obecnie okazuje się, że jest on w pełnej mierze usprawiedliwiony, gdyż podłożem obu spraw są posocznice prątkowo-kokkoidowe.

Z przypadków wznawiającego się rumienia i korzystnie przebiegającego gośćca okazuje się, że posocznice popoczątkowe mogą niekiedy zachowywać się bardzo podobnie do posocznic początkowych (r. 4). Gościec może mieć jednak także przebieg złośliwy i prowadzić w ciągu paru tygodni do śmierci, jak to było w moim przypadku „złośliwej wszechgruźlicy zapalnej“ (L. n, o), lub w przypadku 116/39. Te przeostre przypadki stanowią bardzo ważny materiał dla badań nad zakażeniem gośćcowym, gdyż jest ono w nich bardzo obfite i sprowadza w ustroju głębokie zmiany, które wtedy widzimy w świeżym okresie rozwojowym. Dokładny histologiczny opis tych zmian uzupełniony licznymi rycinami znajdujemy u Klingego (a, przypadki przeostre 1 i 3). Brakuje jednak w tym opisie jednego, niewątpliwie bardzo ważnego szczegółu, który zaznaczał się wybitnie w moich przeostrych przypadkach, a wystąpił w sposób wprost fenomenalny w wątrobie z podostrego przypadku żółtaczkowej marskości. Chodzi o proces rozklejania i złuszczania się wewnętrznych warstw ściany tętniczek, a mianowicie nie tylko błony wewnętrznej, intymy, ale także warstwy wewnętrznej błony środkowej, medii, złożonej z włókien mięsnych przebiegających podłużnie. Po dokonaniu się tego złuszczenia, które oczywiście możliwe jest tylko po zupełnym zniszczeniu blaszki sprężystej wewnętrznej i włókien sprężystych oplatających włókna mięsne podłużne, włókna te pływają wolno w osoczu, a ściana tętniczki składa się tylko z mięśni okrężnych. Może ona miejscami być wypuklona tętniaczkowato, albo okazywać szczeliny między rozlepionymi wiązkami włókien mięsnych.

Widzimy taki obraz na ryc. 18 i 19 mojego doniesienia o „wszechgruźlicy“. Tętniczka grubości 40 μ leży tu w przekroju podłużnym. Jej osocze tylko w jednym końcu zawiera kilka krwinek czerwonych — widocznie tętniczka nie była prawidłowo czynna —, a poza tym kilka złuszczonych włókien mięsnych i trzy leukocyty wielojądrzaste, zawierające w protoplazmach ogółem 19 kokkoidów. Ścianę tego naczyńka stanowią tylko mięśnie okrężne. Zbliżony obraz dotyczący tętniczki o grubości około 100 μ przedstawia również ryc. 29. I tu znajdujemy — leżącego między włóknami okrężnymi, czy na tych włóknach — leukocyta z kilku kokkoidami, a między krwinkami w świetle naczyńka złuszczone włókna mięsne podłużne.

Występującą w tym przypadku w dużym natężeniu fagocytozę kokkoidów przez leukocyty, należy uważać za zjawisko wtórorzędne, będące wyrazem dość znacznego uodpornienia i pewnego szczególnego nastawienia odczynowego ustroju. Bardziej

pierwotne stosunki można było za to stwierdzać w przypadku 116/39 w związku z okolicznością, że fagocytoza była w nim tylko słabo zaznaczona. To też można w nim było natrafiać na względnie liczne kokkoidy, które leżały na komórkach, czy w komórkach mięsnych tętniczek, po utracie przez te naczyńka intymy i warstwy włókien podłużnych.

W przypadku żółtaczkowej marskości wątroby, w którym choroba trwała $5^1/_2$ tygodnia, złuszczone mięśnie podłużne tętniczek zaczopowywały często zupełnie światło naczyniek i tym samym przerywały krążenie krwi, co musiało być oczywiście ważnym czynnikiem przyczynowym w powstawaniu marskości. Na przekrojach poprzecznych mięśnie te ze strzępiastymi zarysami protoplazmy przypominały bukiety astrów. W tętniczkach samych zakażenie kokkoidowe w chwili śmierci chorego już zupełnie wygasło, zajęte zaś nim były naczyńka chłonne, które zwykle parzyście towarzyszą tętniczkom.

Jeżeli w złośliwych, tak przeostrych, jak również ostrych i podostrych przypadkach gośćca mogą rozwinąć się tak głębokie zmiany w tętniczkach, mimo ich mechanicznie silnie zabezpieczonej budowy, ale znów w zależności od działania ciągle się powtarzających uderzeń skurczowego ciśnienia krwi, to oczywiście zmiany podobne muszą dotyczyć także włośniczek i żyłek. Zmiany takie, idące aż do zupełnego zniszczenia ścian tych naczyniek, stwierdzać też można było rzeczywiście w wątrobie w przypadku „wszechgruźlicy“. Prowadzi to nie tylko do powstania nacieków zapalnych i różnych odmian zwyrodnienia składników miąższowych, ale może także wywoływać — przez jakiś proces rozlepiania — rozpadanie się tkanki, której składniki dostają się następnie do żyłek, czy też do przestrzeni powstających po zniszczeniu ścian żyłek. Tak przynajmniej przedstawiałaby się ta sprawa w wątrobie. W przypadku 116/39 widziałem w świetle żyłki grubej na 360 μ, w jednym skrawku wśród krwinek czerwonych 14 komórek wątrobowych, z utrzymaną protoplazmą lub bez niej. W przypadku zaś żółtaczkowej marskości wątroby w żyłce wątrobowej grubej na 300 μ i w jej odgałęzieniu grubym na 130 μ, które było prawie szczelnie wypełnione osadem złożonym z różnych składników komórkowych — osad ten mógł wytworzyć się jeszcze za życia chorego skutkiem tego, że w związku ze zmianami tętniczek prąd krwi w żyłkach musiał być znacznie zwolniony, czy nawet miejscami wprost zniesiony — naliczyłem w poszczególnych skrawkach do 28 komórek lub jąder wątrobowych, a w 60 skrawkach ogółem około 500 komórek wątrobowych lub ich jąder ogołoconych z protoplazmy.

Natężenie zmian gośćcowych w poszczególnych narządach i tkankach nie idzie wcale równolegle, W rumieniu na pierwszy plan wysuwają się rozrzucone w tkance podskórnej, głównie podudzi, ogniska zapalenia krwotoczno-ropnego (L. e, f, ryc. 8, 9, 17) w gośćcu zmiany stawowe, bardzo często, zwłaszcza u dzieci, łączące się z klinicznie, albo tylko anatomicznie stwierdzalnymi zmianami sercowymi (K. 185). Nierzadko jednak gościec sercowy przebiega bez klinicznie dającego się stwierdzić zajęcia stawów, z czego zresztą nie wynika jeszcze wcale, że stawy są anatomicznie nietknięte (K. 143, 191, 209). Ten fakt, że zajęcie stawów może się nie zdradzać żadnymi klinicznymi objawami, albo że objawy mogą wystąpić dopiero w jakiś czas po zajęciu, mógłby tłumaczyć zjawisko pozornego przeskakiwania gośćca ze stawu na staw, mimo przypuszczalnie równoczesnego powstawania zmian w stawach na podłożu jednej i tej samej posocznicy.

W moim przypadku „wszechgruźlicy“, nie było klinicznie ani zajęcia stawów, ani zajęcia serca, a śmierć nastąpiła wskutek moczniczotwórczego zapalenia nerek. W nerkach wykazano — poza wspomnianymi już zmianami naczyń (ryc. 18—19, 22, 24—29) — zaczopowanie niektórych, nielicznych zresztą włośniczek leukocytami kokkoidonośnymi (ryc. 12 i 13) i wychodzące gdzieniegdzie z takich naczyń mikroskopowe ropieńki (ryc. 14—16), w innych znów także nielicznych miejscach drobniutkie nacieki z przewagą limfocytów (ryc. 21 i 23). Protoplazma niektórych komórek cewek krętych, zatem komórek nabłonkowych, naszpikowana była kokkoidami (ryc. 10). Przede wszystkim jednak jako główne zjawisko stwierdzono, że wszystkie kłębuszki nerkowe zawierały znaczną ilość leukocytów kokkoidonośnych, a nie przedstawiały mimo to wyraźnych zmian histologicznych (barwne ryc. 1—5). W przypadku tym prócz zajęcia nerek stwierdzono: 1) gośćcowe („splenopneumoniczne“) zapalenie lewego płuca, mające wyraźną skłonność do cofania się; 2) przypuszczalnie ze zmianą odżywiających naczyń związany niedowład mięśniówek przełyku, prowadzący do wrzecionowatego rozszerzenia tego przewodu; 3) lekkie zapalenie splotów naczyniastych i opon; 4) rozsiane zmiany zapalne wątroby z obfitym niekiedy zakażeniem kokkoidowym komórek wątrobnych. Oczywiście trzeba przyjąć, że także wszystkie inne ukrwione tkanki były zakażeniem zajęte, a z tych mogło się ono znów szerzyć także na tkanki nieukrwione.

Przypadek mógł by się był przedstawiać zarówno klinicznie, jak i anatomicznie jako zupełnie zagadkowy. Na dobry trop wprowadził jednak badania i pozwolił za życia rozpoznać przyrodę sprawy fakt, że chory na 22 miesiące przedtym leczony był w naszej Klinice na rumień guzowaty popoczątkowy, w czasie którego wycięto kawałek skóry do badania histologicznego, a pobraną od chorego krew wstrzyknięto śwince podskórnie i sprowadzono w ten sposób śmierć zwierzęcia na gruźlicę rozsianą w ciągu 4 miesięcy, wreszcie że chory już przez parę lat poprzedzających rumień parał się z gruźlicą.

Na uwagę zasługuje jeszcze okoliczność, że histologicznie można było napotkać w tym przypadku w słupie krwi bieżącej tak żyłek (ryc. 17), jak i tętniczek (ryc. 19) na leukocyty kokkoidonośne, z czego wynikało, że także za życia możnaby było stwierdzać je w krwi z palca i wyzyskać ten szczegół w celach rozpoznawczych. Z „żywej“ krwi wyrastać będą w takich razach na odpowiednich pożywkach prątki gruźlicze.

Przypadek ten miał dla moich dalszych badań doniosłe znaczenie. Tylko mając badania nad rumieniem i wyniki badań w tym przypadku za sobą, mogłem się z powodzeniem zabrać do rozwiązania

zagadnienia dotyczącego etiologii gośćca. Toteż wystarczył mi jeden przypadek typowego gośćcowego zapalenia serca (L. m, uzupełnienie przy korekcie), żeby wobec wybiórczego Ziehlowskiego barwienia skrawków i cechującego obrazu w zastawce sercowej zastosować prawo „wszystko albo nic“ i dojść do wniosku, że gościec jest zawsze sprawą prątkowo-kokkoidową. U chorego tego uderzyło mnie nadto po raz pierwszy niekorzystne w gośćcu — w porównaniu do stosunków w rumieniu guzowatym (r. 8) — zachowanie się tkanek względem kokkoidów, co od początku (L. n 14, o 572) tłumaczyłem wyczerpaniem układu histiocytarnego.

Dla celów klinicznych wysnujemy z tego przypadku następującą naukę.

Każdy przypadek z objawami choroby zakaźnej ostrej i uszkodzenia większej ilości narządów, w szczególności uszkodzenia serca (wystąpienie szmeru skurczowego, zmiany w elektrokardiogramie), o ile nie można w nim wykazać innego zakażenia, powinien być uważany za podejrzany na gościec, zwłaszcza jeżeli chorobę poprzedziły na miesiące czy lata jakiekolwiek przypadłości gruźlicze, jeżeli radiologicznie wykaże się zmiany wnękowe i jeżeli opadanie krwinek jest wybitnie przyspieszone. W przypadkach takich należy badać krew bieżącą na obecność leukocytów kokkoidonośnych.

Ostre sprawy gośćcowe mają wybitną skłonność do cofania się i kończą się przeważnie wyleczeniem, które jest wyrazem zniszczenia zarazków w zmianach tkankowych. W skrawkach z przypadków śmiertelnych można miejscami stwierdzać różne obrazy świadczące o dokonującej się bakteriolizie kokkoidów. W przebiegu tego niszczenia powstaje często, jak się zdaje z zarazków, brunatny barwik, o którym nie napotkałem żadnej wzmianki w dostępnym mi piśmiennictwie gośćcowym, a który należałoby określać jako reumatomelaninę. Do tego barwika, który widuje się niekiedy w dużych ilościach w komórkach, w szczególności w leukocytach, ale także pozakomórkowo we krwi i w tkankach, możnaby odnosić popielisty odcień bladości, który występuje często jak podają Poynton i Schlesinger (s. 138), u dzieci w przypadkach gośćca szybko prowadzącego do śmierci.

c) Umiejscowienia gośćcowe

Wiemy już, że posocznica gruźliczo-gośćcowa musi się łączyć z pewnymi zmianami wszystkich tkanek ukrwionych, ale klinicznie, a także anatomicznie pewne narządy, czy układy mogą być przy tym szczególnie dotknięte tak, że może się zdawać, iż stanowią one jedyne umiejscowienie choroby. Powstają w ten sposób rozmaite gośćcowe — odosobnione, lub w kombinacjach występujące — zapalenia. Mogą one dotyczyć stawów, mięśni, serca, płuc (*splenopneumonia*), błon surowiczych, jagodówki i spojówki oka (zapalenie „pryszczykowe“), wątroby (żółtaczka „nieżytowa“ i „nagminna“), trzustki, przełyku (wyżej przytoczony przypadek „wszechgruźlicy“), przewodu pokarmowego (przypadłości niestrawnościowe przy żółtaczce, które jednak prawdopodobnie mogą pojawić się także bez żółtaczki), nerek, splotów naczyniastych i opon, tarczycy (przypadek dużego wola, które zmniejszyło się wybitnie pod wpływem zastosowania tymofogenu dla leczenia podostrego gośćca stawowego), a wreszcie mózgowia.

Musimy w tych razach przyjąć szczególne usposobienie, czy podatność danego narządu. Od jakich one przyczyn zależą, to nie jest jeszcze dla nas dotąd całkowicie jasne. Czynnik konstytucjonalny ma tu jednak niewątpliwie duże znaczenie. Wskazuje na to m. i. uderzająca symetryczność pewnych zmian, w szczególności dużych guzów gośćcowych, ale także zmian stawów i pochewek ścięgnowych zwłaszcza w gośćcu podostrym i przewlekłym. Jeżeli np. sprawa występuje na obu dłoniach w pochewce ścięgnowej zginacza 3-go, czy 4-go palca i w jej otoczeniu, to można tę symetryczność chyba tylko w ten sposób tłumaczyć, że wspólny pierwotnie gen tych tkanek przed podziałem na gen prawy i lewy dotknięty był już w zarodku wadą podatności na zakażenie gośćcowe.

Podobna konstytucjonalna podatność może dotyczyć całych układów, np. układu mięśniowego w dermatomyositis, wątroby w żółtaczkach o złośliwym przebiegu, mózgowia, o ile to można wnosić z przypadku, w którym u dziecka z przebytą dawniej korzystnie sprawą gruczołową wystąpiła ostra surowicza „aseptyczna“ encephalomeningitis i w 5 dniach doprowadziła do śmierci, a w którym nagłe pojawienie się względnie głośnego i dziwnie wysokiego skurczowego szmeru sercowego wskazywało na równoległe zapalenie mięśnia sercowego i tym samym na przyrodę gośćcową całej choroby. Wspomnę, że także Glanzmann uznaje — poza pląsawicą — możliwość wystąpienia „gośćca mózgowego“.

Z drugiej strony można znowu przyjąć, że pewne narządy mogą okazywać szczególną niepodatność przez zdolność do załatwiania się szybkiego z zakażeniem gośćcowym. Mogłoby się to tyczyć narządów, do których ustawicznie wnikają mikroby niechorobotwórcze i chorobotwórcze, a więc przede wszystkim płuc, które muszą być wyposażone z natury w czynniki unieszkodliwiające drobnoustroje i obce drobiny (komórki pyłowe). Tym wyposażeniem możnaby tłumaczyć fakt, na który już Parrot zwrócił uwagę, mianowicie, że przy znacznych serowatych zmianach gałek oskrzelowych pierwotne ognisko płucne może być zupełnie drobne. Płuca poza tym muszą przy pierwszych posocznicach gruźliczo-gośćcowych wytrzymać główny napór zarazków i otrzymywać mogą w związku z tym najsilniejsze uodpornienie miejscowe, zabezpieczające je do pewnego stopnia w okresie II-rzędnym. Toteż jeżeli wogóle zapadają przy dalszych posocznicach, to zajęte są tym zapaleniem gośćcowym często tylko miejsca szczególnie usposobione, za jakie należy uważać otoczenie ognisk serowatych. W ten właśnie sposób możnaby tłumaczyć powstawanie zapaleń okołoogniskowych. Wątroba, która również ma m. i. za zadanie unieszkodliwiać wnikające do niej z przewodu pokarmowego obce drobiny i drobnoustroje i rozporządza w tym celu odpowiednim aparatem (komórki gwiaździste Kupfferowskie), załatwia się prawdopodobnie także z zakażeniem gośćcowym sprawniej niż inne narządy. Możnaby przynajmniej wysnuć taki wniosek z przy-

taczanego już (r. 11. b) przypadku 116/39, o którym zresztą jeszcze będzie mowa (r. 11. e), a w którym w mięśniu sercowym utrzymywało się jeszcze dosyć żywe zakażenie, gdy w wątrobie już ono prawie zupełnie wygasło, a przeniosło się do torebki wątrobowej.

d) Gościec ostry, podostry i przewlekły. Wznowy i nawroty miejscowe

Gościec jest w zasadzie chorobą ostrą, cyklicznie przebiegającą, a więc kończącą się powrotem do stanu zdrowia. Pod względem klinicznym zasługuje na podkreślenie fakt, że w ostrym gośćcu stwierdza się często — zupełnie podobnie jak w rumieniu sińcowatym — niezwykle silnie przyspieszone opadanie krwinek czerwonych. Histologicznie (Klinge, s. 34 i n.), sprawa cechuje się wytworzeniem w tkance łącznej mikroskopowych ognisk zwyrodnienia włóknikowatego, czy napęcznienia połączonego z wypacaniem włóknika. Przechodzą one następnie w swoiste ziarniniaki, a po tym w blizenki. Jest to więc wyleczenie z trwałym uszkodzeniem (*defectus*). Stłumienie zakażenia może się przy tym okazać nie tylko zupełne, ale i trwałe, jak to bywa w przypadkach o jednym jedynym „napadzie", które według Klingego (s. 106) zdarzają się wcale nierzadko. Ta właśnie postać choroby musi być uznana za zasadniczą i niejako wzorcową, gdyż łączą ją bliskie analogie z rumieniem siniakowatym, jako pierwotypem choroby gruźliczo-gośćcowej. Pojmowanie gośćca jako choroby wybitnie przewlekłej (Weil, Findlay, s. 1 i 175, Fonio, s. 17) jest więc podobnie mylne, jak takie same zapatrywanie tyczące się gruźlicy, a wyrażone przez Hübschmanna (s. 4) w słowach tchnących zupełną pewnością: „...jedną z całkiem istotnych cech choroby gruźliczej jest i pozostaje jej wybitnie przewlekły przebieg...".

W innych przypadkach wyleczenie jest w tym znaczeniu nietrwałe, że pojawiają się po nim i powtarzać mogą wielokrotnie wznowy choroby, chociaż zakończyła się ona doszczętnym zniszczeniem zarazków w tkankach żywych. Źródłem nowych zakażeń i odrębnych, cyklicznie przebiegających chorób są w takim razie gruźlicze zmiany serowate. Charakter choroby jest tu zatym jeszcze w całej pełni zachowany, podobnie jak jest niezmieniony we wznowach rumienia siniakowatego.

Istnieją jednak także inne możliwości. W związku z omówioną wyżej różnicą, jaka zachodzi w natężeniu uodpornienia między posocznicą początkową, a posocznicami popoczątkowymi (r. 4) i jaka wyraża się przede wszystkim różnym zachowaniem się układu siateczkowo-śródbłonkowego wobec zakażenia (r. 8), wyleczenie może być także niezupełne, tj. może nie być połączone z doszczętnym zniszczeniem zarazków. Powodem tego jest oczywiście wytworzenie niewystarczającego uodpornienia tkankowego, a musimy się z tą możliwością tym bardziej liczyć, że w gośćcu zakażenie — po przełamaniu wału histiocytowego — zajmuje różne tkanki, także tkanki z małym potencjałem przeciwzakaźnym. Powstają wtedy postacie usprawiedliwiające do pewnego stopnia zapatrywania wymienionych autorów, tylko, że przewlekłość przebiegu nie może tu być uważana, za cechę istotną. Według Findlaya np. gościec jest chorobą przewlekłą z ostrymi pogorszeniami. Po ostrym okresie zakażenie nie przestaje w niej tlić w dalszym ciągu latami całymi i jest zawsze gotowe wybuchnąć na nowo płomieniem w postaci tego, lub innego ostrego ujawnienia się. Otóż w moim pojmowaniu właściwy charakter choroby wyraża się właśnie w tych ostrych wznowach.

Mogą także po pozornie zupełnym wyleczeniu rozwinąć się miejscowe nawroty. Klinge mówi (a, s. 289): „Skłonność raz wytworzonych blizn, żeby znowu zawsze pęcznieć, wyjaśnia susowate gośćcowe nawroty". Skłonność jest tu jednak słowem bez treści. Sprawa wyjaśnia się dopiero, jeżeli się zważy, że, jak wynika z moich badań (L. p 19, r 687, s 19, ryc. 5 d), w blizenkach mogą się utrzymać, nie wywołując na razie żadnych objawów odczynowych, prawdopodobnie po zniszczeniu leukocytów kokkoidonośnych, gniazdka dobrze zachowanych kokkoidów, może na razie nieczynnych, ale niewątpliwie zdolnych do dalszego mnożenia się.

To spoczywanie kokkoidów w blizence bez wywoływania objawów zapalnych można zaliczyć do zjawisk, którymi mamy się zająć w następnym rozdziale.

e) Umiejscowienia gośćcowe bez objawów zapalenia

W przedstawionym już powyżej w skróceniu (r. 11. b), zmarłym na mocznicę przypadku „wszechgruźlicy zapalnej" (L. n, o) znajdowała się w naczyniach wszystkich kłębków nerkowych zbyt wielka ilość leukocytów. Jest to przecież prawidłowy składnik komórkowy krwi, tylko nie w tej ilości, a prócz tego leukocyty te były tu obładowane kokkoidami. W żadnym razie nie można jeszcze tego rodzaju stosunków określić jako naciek, bo leukocyty te nie leżały poza naczyniami w tkance, a kłębki, poza ich obecnością, nie okazywały uchwytnych zmian histologicznych. W przypadku 116/39 w nieunaczynionej części zastawki dwudzielnej serca i w nitkach ścięgnistych spostrzegałem posuwanie się kokkoidowego zakażenia w szczelinach śródtkankowych i stwierdzałem tylko zmiany miejscowo osiadłych komórek łącznotkankowych w kierunku reumatocytowym, nie widziałem zaś ani śladu nacieku krwiopochodnego, tj. ani leukocytów, ani limfocytów, ani komórek plazmatycznych, ani krwinek czerwonych. Nie było tam więc żadnych oznak zapalenia. Także stwierdzone w tym przypadku obfite zakażenie komórek nabłonkowych niektórych cewek nerkowych nie łączyło się z żadnym naciekiem zapalnym.

Podobne do stwierdzonego w tym przypadku w zastawce serca — a przypominające posuwanie się naprzód róży w jednym kierunku przy zanikaniu jej zmian w tyle — szerzenie się zakażenia kokkoidowego, wychodzące oczywiście z części unaczynionych, gdzie jednak sprawa zakaźna może powstać także w związku z posocznicą klinicznie bezobjawową — tak jak bezobjawową albo niezauważoną bywa niekiedy posocznica początkowa — i może tymczasem wygasnąć, należy przyjąć, dla wszelkich tkanek nieunaczynionych. Mam tu na myśli rogówkę (pryszczyki), wewnętrzną warstwę błony środkowej większych tętnic, a przede wszystkim chrząstki czy to stawowe, czy międzykręgowe. Przez ich „ciche" zajęcie za-

każeniem powstawałyby pozostające w uchwytnym związku z gośćcem niezapalne artrozy, ale prawdopodobnie także nie mające pozornie nic wspólnego z gośćcem, gdyż rozwijające się wrzekomo na tle zwyrodnienia, czy nadmiernego zużycia tkanek, artropatie. Być może, że w ten sam sposób powstają również etiologicznie dotąd zupełnie niejasne (Fonio, s. 170 i n.) młodzieńcze zniekształcające osteochondrytydy i „martwiczące" osteochondropatie, za czym by przemawiała okoliczność, że i one rozwijają się niekiedy w bezpośredniej łączności z przebyciem ostrego gośćca stawowego (Fonio, s. 177).

Stosunki do powyżej opisanych bardzo zbliżone stwierdziłem także we wpomnianym już (r. 11 c) przypadku 116/39 w torebce wątrobowej, która była silnie zakażona, ale mimo to nie okazywała żadnego świeżego krwiopochodnego nacieku, gdy tymczasem w samej wątrobie zakażenie — pozostawiając po sobie znaczne zmiany naczyń i komórek miąższu, oraz drobne nacieki limfocytowo-leukocytowe — było już prawie doszczętnie wygasłe. Niewyjaśnione dotąd powstawanie plam mlecznych torebki, oraz olukrowania tak wątroby, jak i śledziony otrzymuje w ten sposób, jak sądzę, ostateczne wytłumaczenie. Należy tu także przytaczany już (r. 11. b) przypadek, w którym żółtaczka t. zw. nieżytowa, a właściwie gośćcowa przeszła w podostry zanik i marskość wątroby, a w którym zakażenie kokkoidowe — po wygaśnięciu w niebywale wprost spustoszonych naczyniach krwionośnych — przeniosło się do naczyń chłonnych wątroby i tam się na dobre zagnieździło, co jednak nie łączyło się z żadnym wyraźniejszym odczynem zapalnym ani w samych tych naczyniach chłonnych, ani w ich sąsiedztwie.

Muszę wreszcie napomknąć, że w przypadku dermatomyositis widziałem przeważnie bardzo obfite zakażenia kokkoidowe niektórych włókien mięsnych w całej ich długości, prowadzące do zaniku tych włókien i czasem do wytwarzania miogenetycznych guzków o jądrach reumatocytowych, a podobnie widziałem zakażenia drobnych naczyń krwionośnych bez jakiegokolwiek nacieku zapalnego.

Wszystkie te sprawy wymagają oczywiście jeszcze dalszych badań. W szczególności musi się wydawać wątpliwe, czy istnieją istotnie artropatie jako czyste choroby ze zużycia, lub skutkiem zwyrodnienia. Czynniki te mogłyby mieć mianowicie tylko znaczenie pomocnicze, ułatwiające usadowienie się w tkankach i utrzymanie się w nich przewlekłego, w dalszym ciągu w danym razie bezzapalnego zakażenia gośćcowego. Fakt, że zapomocą ogólnego leczenia falami przekrótkimi otrzymuje się w tych sprawach, i to nawet w ciężkich postaciach, nadspodziewanie dobre wyniki, przemawia stanowczo za ich przyrodą zakaźno-zapalną, bo przecież leczenie to nie mogłoby mieć żadnego wpływu na zmiany powstające skutkiem zużycia (Schliephake, s. 7 i 21).

(c. d. n.)

Dr EUGENIUSZ KODEJSZKO Warszawa

Co wnosi wziernikowanie żołądka (gastroskopia) do oceny patogenezy choroby wrzodowej żołądka?

Z 2 Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego. (Dyrektor Prof. Dr Med. Witold Orłowski)

Mimo bardzo licznych prac, zmierzających do wyjaśnienia patogenezy choroby wrzodowej, zagadnienie to wciąż nie jest całkowicie rozwiązane. Dziś poznano już wiele różnorodnych czynników wiodących do powstania tego charakterystycznego anatomo-patologicznego odczynu w przewodzie pokarmowym, lecz już sama ta różnorodnośc czynników, z których każdy ma za sobą ważkie argumenty, świadczy o tym, że sprawa wymaga dalszych badań.

Nic więc dziwnego, że metoda wziernikowania żołądka umożliwiająca bezpośrednie oglądanie błony śluzowej żołądka ze wszystkimi chorobowymi jej zmianami pozwalała oczekiwać dodatnich wyników w tym kierunku. Należało się teoretycznie spodziewać, że wrzód można będzie uchwycić niejako *in statu nascendi* i prześledzić zachowanie się jego w całym klinicznym przebiegu.

Gastroskopia ma prócz tego tę zaletę, że badania przeprowadza się zażyciowo, a więc wiele obrazów morfologicznych, zależnych od czynności tkanki i od jej życiowego napięcia (*turgor*), nie ulega zniekształceniu wskutek bądź co bądź sztucznych zmian w wycinkach operacyjnych lub na stole sekcyjnym. Wprawdzie, obraz gastroskopowy błony śluzowej żołądka wobec perspektywicznego skrótu, uzależnionego od systemu optycznego przyrządu, oraz wobec sztucznego oświetlenia nie odpowiada temu, coby można zobaczyć gołym okiem, niemniej jednak gdy się opanuje należycie metodę, nie przeszkadza to w ocenie istotnych zmian. Obrazy błony śluzowej żołądka *in situ* w czasie operacji oraz w czasie wiwisekcji odbiegają również od prawidłowych, gdyż nie można wyłączyć na nie wpływu znieczulenia urazu psychicznego, wykrwienia itp.

Sprężysty wziernik żołądkowy typu Schindler-Wolf-Henninga pozwala na bezpieczne i dokładne oglądanie niemal całego wnętrza żołądka.

Trzeba z góry zaznaczyć, że w patologii ludzkiej oglądanie świeżego wrzodu, z którego rozwija się typowy przewlekły wrzód żołądka, oraz stanu błony śluzowej poprzedzającego powstanie wrzodu jest wielokrotnie tylko dziełem przypadku. Natomiast spostrzeganie wrzodu już powstałego może dostarczyć przy uwzględnieniu większego materiału statystycznego dużo interesujących wniosków co do jego wywodu chorobowego.

Zestawienie wszystkich poglądów co do patogenezy choroby wrzodowej, wysuwanych przez licznych badaczy, nie daje się ująć w krótkim omówieniu.

Zagadnienie to z naszej kliniki opracował Józef Rydygier.

Wspomnę tu o poglądach najważniejszych oraz o próbach syntezy całego tego skomplikowanego zagadnienia, uwzględniając szczególnie te, gdzie gastroskopia, a więc kontrola wzrokowa, mogła rzucić choćby najmniejszy promień światła.

Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że przyczynami doprowadzającymi do choroby wrzodowej są obok czynników miejscowych działających na błonę śluzową przewodu pokarmowego i zmian patofizjologicznych rozgrywających się w tym przewodzie, także i wpływy ogólnoustrojowe (G. v. Bergmann, Witold Orłowski) oraz obarczenie dziedziczne.

Ze zmian patologicznych w błonie śluzowej żołądka odgrywa doniosłą rolę w powstawaniu wrzodu nieżyt. Zasługą Konjetznego oraz jego uczniów Puhla i Kalimy jest ugruntowanie w bardzo licznych badaniach poglądu o doniosłości czynnika zapalnego dla wyjaśnienia patogenezy choroby wrzodowej. Stwierdzili oni stale w częściach żołądka wycinanych z powodu wrzodów nieżyt. Potwierdzało to stary pogląd Cruveilhiera (któremu zawdzięczamy pierwszy opis choroby wrzodowej) o znaczeniu nieżytu w powstawaniu wrzodu. U nas zwracali na to uwagę Edward Korczyński i Walery Jaworski.

Konjetzny ze swoją szkołą odrzucał w ogóle znaczenie innych czynników (np. trawiącego działania soku żołądkowego) dla powstawania wrzodu, Wrzód jego zdaniem, powstaje skutkiem nacieków leukocytowych, najbardziej zaznaczonych w tkance śródmiąższowej. Dzięki działaniu zaczynów proteolitycznych oraz współudziałowi bakterii doprowadzają one do ubytków nabłonka, zwłaszcza na szczytach fałd błony śluzowej. Stwierdzenie zmian zapalnych pierwotnie w głębszych warstwach i przechodzenie stąd w dalszym ciągu na powierzchnię pozwala sądzić, że wielokrotnie chodzi o nieżyt krwiopochodny, który jest nieraz ważniejszy niż nieżyt powstały przez podrażnienie przez pokarm o niewłaściwym składzie lub o niewłaściwej formie.

Autorowie ci odnosili wrażenie, że często te powierzchowne ubytki przechodzą we wrzód. Jako przyczynę przejścia nadżerki we wrzód przyjmowali uraz pokarmowy, zgodnie z poglądami Aschoffa. U nas znaczenie urazu pokarmowego dla powstania wrzodu podnosi Witold Orłowski.

Mimo ważkich zarzutów, skierowanych przeciw teorii nieżytowej, z których najważniejszy jest stosunkowa rzadkość wrzodu wobec niepomiernie częstszego nieżytu żołądka, posiada ona wiele przekonywujących danych. Tłumaczy ona między innymi wiele objawów klinicznych, jak np. skłonność do nawrotów oraz okresowość przebiegu choroby wrzodowej. Zaburzenia ruchowe i wydzielnicze żołądka oraz bóle w chorobie wrzodowej można również tłumaczyć podrożnieniem zapalnym.

Wiele przekonywujących dowodów ma też teoria powstawania wrzodu wskutek trawiącego działania soku żołądkowego, najgruntowniej zbadana przez Büchnera i jego szkołę. Uderzającym faktem przemawiającym za tym poglądem jest spostrzeżenie anatomopatologów i klinicystów, że wrzód w przewodzie pokarmowym powstaje w tych miejscach, gdzie trafia strumień kwaśnej papki trawiennej; opuszka dwunastnicy, dolna część przełyku przy wpuście, wrzód w pierścieniu zespolenia żołądkowo-jelitowego i jelita czczego, powstający gdy sok żołądkowy niefizjologicznie działa na jego błonę śluzową w przypadkach operowanych oraz wrzód w uchyłkach Meckela, gdy w nich znajdują się zabłąkane komórki błony śluzowej żołądka z gruczołami wydzielającymi pepsynę i kwas solny. Fakt współistnienia wrzodu żołądka z niedokwaśnością nie przeczy tej teorii, gdyż niedokwaśność może powstać później jako następstwo towarzyszącego zanikowego nieżytu błony śluzowej żołądka. Niewystępowanie wrzodu w jelicie cienkim w warunkach fizjologicznych, w okrężnicy i w górnym odcinku przełyku również świadczy o tym, że jednym z ważnych warunków powstawania wrzodu jest siła trawiąca soku żołądkowego. Korzystne działanie leczenia alkalizującego przemawia także za tą teorią. Poważnym zarzutem przeciw niej jest fakt, że wrzód trawiący powstaje w żołądku, więc w narządzie, którego błona śluzowa fizjologicznie jest pod wpływem soku trawiącego. Nasuwa się przeto konieczność przyjęcia jakichś jeszcze dodatkowych czynników osłabiających życiowe własności błony śluzowej. Dla wytłumaczenia trawiącego działania soku żołądkowego w miejscach, gdzie jest on bodźcem fizjologicznym, Büchner przyjmuje dawne poglądy o „szczególnie czynnym" soku żołądkowym wskutek „hiperpepsinii" lub tłumaczy to brakiem czynnika antypeptycznego w błonie śluzowej żołądka.

Bardzo ważnym szczegółem dla naszych późniejszych rozważań jest zapatrywanie Büchnera, że żrące działanie soku żołądkowego doprowadza do powstania żrącego nieżytu żołądka *gastritis corrosiva seu erosiva*, (nazwa wprowadzona przez Nauwercka). Wywoływano taką zmianę także doświadczalnie przez wlewanie kwasu solnego w wyższych stężeniach do żołądka zwierząt doświadczalnych. W tych stanach widziano obok rozlanego nieżytu żołądka setki małych nadżerek. Nie są one identyczne ze zwykłym wrzodem (*ulcus simplex rotundum*), który bywa najczęściej jako jedyny, znacznie rzadziej w liczbie dwóch, trzech lub więcej, przy czym pojawia się tylko w miejscach określonych, odpowiednio do reguły lokalizacyjnej Aschoffa.

Wydaje się mało prawdopodobne, że właściwy wrzód trawienny powstaje z jednej z takich nadżerek, gdy olbrzymia ich większość ulega zagojeniu; później przyjrzymy się, co wykazały w tym względzie badania gastroskopowe.

Przeczy powstawaniu wrzodu z nadżerek także znane zjawisko znacznie częstszego występowania wrzodu dwunastnicy niż żołądka, mimo rzadszego anatomicznie stwierdzanego żrącego nieżytu dwunastnicy (*duodenitis erosiva*). Niewystępowanie wrzodu żołądka w przypadkach wrzodu dwunastnicy z nadkwaśnością również przeczy słuszności teorii trawiącego działania soku żołądkowego.

Kalk z kliniki Bergmanna wykazał, że wrzód żołądka najczęściej przebiega z prawidłową kwaśnością i że we wrzodach dwunastnicy nadkwaśność stwierdza się tylko w 60% przypadków. Przeczy to także przypisywaniu znaczenia trawiącemu działaniu soku jako jedynemu czynnikowi przyczynowemu.

Hurst i Arnold stwierdzili nawet wzrost wolnego kwasu solnego po wyleczeniu wrzodu, przebiegającego z niedokwaśnością. Potwierdzającym dowodem działania soku żołądkowego na czczo mogły

być także spostrzeżenia Hamperla, który w okresie głodu w Rosji Sowieckiej (1918—1923) widział zwiększenie się częstości choroby wrzodowej w porównaniu z okresem poprzednim. Bergmann w czasie wojny światowej w Niemczech nie widział jednak zwiększenia się liczby wrzodów.

Na zarzut, że w przebiegu wrzodu żołądka powstaje najczęściej tylko ograniczony nieżyt błony śluzowej żołądka oraz jedynie ściśle umiejscowione nadżerki, Büchner odpowiada, że w błonie śluzowej żołądka, uszkodzonej płynami żrącymi (ługami, kwasami i innymi), zmiany są też umiejscowione, przy czym pewne miejsca są bardziej narażone niż inne.

Bergmann, podkreślając fakt występowania wrzodu raczej w młodszym wieku, uważa, że przyczyną jego powstania jest skurcz naczyń krwionośnych lub warstwy mięsnej żołądka, zależny od czynników ogólnoustrojowych, a w szczególności od zachwiania równowagi w nerwowym układzie wegetatywnym. Skurcz naczyń odżywiających dany obszar błony śluzowej, zwłaszcza wobec możliwości wielokrotnego jego powtarzania, wiedzie do zwichnięcia czynności fizjologicznych błony śluzowej, do następowego zmniejszenia jej własności życiowych i w końcowym okresie do powstania martwicy ulegającej działaniu trawiącemu soku.

Znaczenie wpływu układu nerwowego na powstanie wrzodu popierają bardzo interesujące spostrzeżenia neurochirurgów (Cushing i jego szkoła), którzy wskazują na współistnienie wrzodów żołądka i dwunastnicy z guzami lub innymi chorobami śródmózgowia i wprost uzależniają chorobę wrzodową od organiczynch zmian w międzymózgowiu. Masten i Bunts opisali 6 przypadków chorób mózgu z jednoczesnym wrzodem żołądka. Potwierdzają to także inni autorowie i tak Opper, Lincoln i Zimmermann podają 16 przypadków chorób śródmózgowia z jednoczesną chorobą wrzodową. Mogilnicki zebrał 7 przypadków guzów mózgu w okolicy trzeciej komory z jednoczesnym wrzodem żołądka. Burdenko opisał 24 przypadki wrzodu żołądka, które ujmuje jako powikłanie guzów w okolicy podwzgórkowej guza szarego, jądra nadwzrokowego, „*corpora mamillaria*“ i w okolicy czwartej komory. Liczne doświadczenia na zwierzętach świadczą również, że dzięki farmakologicznemu lub chirurgicznemu zabiegowi na układzie ośrodkowym nerwowym daje się wywołać wrzody żołądka, które w części przypadków siedzibą i własnościami anatomicznymi przypominają przewlekłe wrzody u ludzi. I tak np. Burdenko uzyskiwał u psów przez uszkodzenie okolicy podwzgórkowej wylewy krwawe do błony śluzowej żołądka oraz ich przechodzenie w ostre i przewlekłe wrzody.

Powstawanie ostrych wrzodów, stwierdzanych na stole sekcyjnym po dokonaniu zabiegów operacyjnych na mózgu, również przemawia za znaczeniem ośrodkowego układu nerwowego w tym cierpieniu.

Dla wytłumaczenia tych pogmatwanych związków przyczynowych można by przyjąć znaczenie czynników nerwowo-odżywczych, podobnie jak to widzimy np. w „*malum perforans pedis*“, we wiądzie rdzenia lub w zmianach występujących w półpaścu.

Logicznie myśląc należało by przyjąć, że zmiany w układzie nerwowym doprowadzające do ograniczonego zmniejszenia życiowej oporności błony śluzowej żołądka nie muszą leżeć jedynie w jego członie ośrodkowym, lecz mogą być zależne także od zmian w splotach obwodowych.

Rössle wychodząc z założeń anatomicznych podkreśla znaczenie naczyń krwionośnych, zależnie jego zdaniem, od zwiększenia pobudliwości żołądka na drodze odruchowej. Nazywa on wrzód żołądka i dwunastnicy „drugą chorobą“, gdyż w 30% przypadków tej choroby stwierdzał zmiany w wyrostku robaczkowym poprzedzające powstanie choroby wrzodowej. Autor ten sądzi, że zmiany wyrostka wyzwalają bodziec nerwowy doprowadzający do skurczu tętnic lub do skurczu błony mięsnej śluzówki *muscularis mucosae* co wtórnie pociąga za sobą zamykanie naczyń odżywiających.

Kaufmann stawia patogenezę choroby wrzodowej w związku z krwiopochodnym nieżytem żołądka, powstałym skutkiem wydzielania wytworów zapalnych przez gruczoły błony śluzowej żołądka. Na poparcie swego poglądu przytacza wyniki swych prac doświadczalnych na zwierzętach. Mianowicie, wywołując u zwierząt jałowe ropnie lub naświetlając je po zgoleniu sierści lampą kwarcową itp. otrzymywał on ciężkie nieżyty, szczególnie w obrębie jamy wpustowej żołądka (*antrum*). Histologicznie w tych razach stwierdzał spłaszczenie komórek nabłonka błony śluzowej, ich zwyrodnienie tłuszczowe oraz powstawanie w nich wodniczek. Wskutek złuszczenia się zmienionych komórek nabłonka powstawał ubytek. Za tym samym mechanizmem powstawania mogłyby przemawiać wrzody powstające po oparzeniach.

Na zupełnie inne czynniki przyczynowe choroby wrzodowej wskazuje Rosenow, który wyhodowywał z wrzodów żołądka paciorkowce i wstrzykując je królikom oraz psom w 86% otrzymywał wrzody żołądka. To samo powiodło się Nickelowi i Huffordowi ze wstrzykiwaniami paciorkowca zieleniącego. Hoffmann twierdzi nawet, że odkrył swoisty zarazek choroby wrzodowej. Choć badania te nie tłumaczą olbrzymiej większości przypadków i mimo że przeciw uogólnieniu tych spostrzeżeń można by podnieść liczne zarzuty, niemniej jednak tym mechanizmem dało by się tłumaczyć wrzody w przebiegu posocznicy, zapalenia wsierdzia, w czerwonce i durze.

Znaczenie czynnika zakaźnego dla powstawania choroby wrzodowej podkreśla Albertini, który na 60 przypadków rozszerzeń oskrzeli w 28% stwierdzał wrzody żołądka i dwunastnicy, przy czym we wrzodach i w rozszerzeniach oskrzeli bakteriologicznie wykrywano ten sam rodzaj bakterii.

Pogląd Virchowa, że wrzód powstaje skutkiem zaczopowania tętnicy odżywiającej dany odcinek przewodu pokarmowego, a to jako następstwo miażdżycy tętnic lub jako zator z odległych miejsc, można by odnieść tylko do rzadkich wrzodów powstających w wieku starszym. Zamknięcie naczynia odżywiającego dany obszar błony śluzowej tłumaczyłoby prócz tego rzadziej występujące wrzody na tle kiłowym, gruźliczym i na tle skrobiawicy, bowiem w przebiegu tych spraw dochodzi do uszkodzenia ściany naczyniowej i do wtórnego jej zakrzepowego zapalenia. W przebiegu ziarnicy złośliwej i białaczki

mogą powstać wrzody jako skutek ucisku naczyń z zewnątrz.

Zatem genezę wrzodu w przewodzie pokarmowym należy położyć na karb różnorodnych czynników, z których zapalny, nerwowy, kurczowy, zakaźny, ochronnego działania śluzu (Leriche) wadliwego odżywiania oraz złego rozłożenia posiłków, stosowania używek i być może jeszcze wiele innych niepoznanych stanowią tylko ogniwa pośrednie dla rozwoju właściwego okresu chorobowego. Każdy z tych czynników może działać jako jedyny dominujący lub kilka razem. Czynnikiem, który wydaje się w każdym przypadku nieodzownym, jest działanie trawiące soku żołądkowego, atakujące błonę śluzową pozbawioną swej życiowej oporności; usprawiedliwia to nazwę *ulcus pepticum*. Obarczenie dziedziczne, jak już wspomniano, odgrywa tu także bardzo doniosłą rolę, co klinicznie ujawnia się występowaniem wrzodu w kilku pokoleniach jednej rodziny.

Przeprowadzenie badań gastroskopowych u wielu chorych na chorobę wrzodową, powtarzane nie raz wielokrotnie u tych samych osób, wniosło w ocenę patogenezy choroby wrzodowej już dość wiele ważnych danych.

Badania, wykonywane u osób z chorobą wrzodową, pozwoliły na zrozumienie wielu dolegliwości w tej chorobie i ich zależność od spostrzeganych zmian w jamie żołądka. Dolegliwości tłumaczy towarzyszący nieżyt, za czym przemawia cofanie się ich, gdy gastroskopowo stwierdzano poprawę zmian nieżytowych.

Gutzeit i Teitge w każdym wrzodzie żołądka stwierdzali wziernikowaniem żołądka nieżyt większego lub mniejszego stopnia zajmujący mniejsze lub większe obszary błony śluzowej. Objawów nieżytowych nie stwierdzało się tylko wyjątkowo. Wrzód nie zawsze był usadowiony w miejscach największego natężenia zmian nieżytowych, a częstokroć w otoczeniu wrzodu były one o wiele mniejsze niż w pozostałych częściach żołądka. Bardzo często nieżyt znajdował się w miejscach odległych od wrzodu. I tak np. widziano nieżyt jamy wpustowej żołądka (*antrum-gastritis*), gdy wrzód leżał wysoko na krzywiźnie małej, lub odwrotnie we wrzodzie odźwiernika nieżyt dna. Oczywiście nie wyłącza to możliwości, że nieżyt, na podłożu którego rozwinął się wrzód, mógł zupełnie ustąpić, gdy zmiany nieżytowe w miejscach odległych od wrzodu mogłyby być tylko jednym z późniejszych dorzutów.

Niemal regułą — zdaniem Gutzeita i Teitgego — jest występowanie w żołądku w przebiegu choroby wrzodowej jednocześnie zmian nieżytowych przerostowych i zanikowych.

Gastroskopowo nie potwierdzono zdania Lubarscha, wysnutego na podstawie materiału anatomopatologicznego, że nieżyt w przebiegu choroby wrzodowej jest bardziej wytwórczy, a w raku bardziej zanikowy.

Korbsch twierdzi, że nieżyt przerostowy błony śluzowej żołądka, stwierdzany wzienikowaniem żołądka w przebiegu choroby wrzodowej, nie jest istotnym przerostem, lecz jest zmianą zależną raczej od obrzęku pęcherzykowego (*oedema bullosum*), podobnie zresztą jak się to wielokrotnie stwierdza wziernikowaniem pęcherza moczowego w jego trójkącie. Autor podkreśla jednocześnie, że obok tych rzekomo przerostowych zmian w otoczeniu wrzodu współistnieją w innych miejscach błony śluzowej nieraz daleko posunięte zmiany zanikowe. Korbsch widział cofanie się tych zmian rzekomo przerostowych w przypadkach bliznowacenia wrzodu oraz ponowne ich pojawianie się z chwilą jego wznowy. Podaje on ponadto, że zmiany rzekomo przerostowe poprzedzał zawsze żrący nieżyt żołądka (*gastritis erosiva*). Spostrzeżenia Korbscha nie zgadzają się z poglądami innych autorów (Gutzeit i Teitge).

Gutzeit i Teitge z całą stanowczością twierdzą, że wrzody żołądka mogą powstawać nawet w obszarach zupełnego zaniku błony śluzowej. Potwierdzają to przypadki wrzodu żołądka w niedokrwistości złośliwej. Korbsch idzie jeszcze dalej twierdząc, że wrzód rozwija się w większości przypadków na podłożu nieżytu zanikowego.

Mimo, że wziernikowanie żołądka potwierdziło doniosłą rolę nieżytu w chorobie wrzodowej żołądka, to jednak nie dostarczyło niezbitych dowodów o jego znaczeniu dla jej powstawania. Nie można było uchwycić tego rodzaju powstawania wrzodu spostrzegając wielokrotnie nawroty nieżytu żołądka w przebiegu choroby wrzodowej, mogące teoretycznie (zgodnie z poglądami Konjetznyego) pociągać za sobą utworzenie się nowego wrzodu. Jedynie Schindler widział w przebiegu nieżytu przerostowego żołądka nie tylko powierzchowne złuszczenie błony śluzowej, ale także prawdziwe głęboko drążące wrzody, które dawały nawet objawy rentgenowskie.

Trzeba podkreślić, żr Gutzeit i Teitge spostrzegając przy wziernikowaniu żołądka nieżyt żołądka, stwierdzali wielokrotnie zwiększenie ranliwości błony śluzowej żołądka, co się objawiało krwawieniem i złuszczeniem nabłonka. W tych przypadkach nie dochodziło jednak do powstawania ubytków wrzodowych. Zgadza się to z poglądami tych autorów, którzy dla powstania wrzodu żołądka przyjmują znaczenie czynników ogólno ustrojowych, dziedzicznych oraz zaburzenia patofizjologiczne ściany żołądka, podkreślając, że powierzchowny bodziec działający na błonę śluzową do takich obrazów chorobowych nie prowadzi.

Krwawienia nieraz przechodzące w krwotoki z przewodu pokarmowego, jak wyjaśniło wziernikowanie żołądka, nie muszą stać w związku z przewlekłym lub ostrym wrzodem, a mogą zależeć tylko od małych ubytków nabłonka błony śluzowej wskutek zmian nieżytowych.

Dawniej rentgenologicznie stwierdzany brak niszy wrzodowej po takich krwotokach tłumaczono krwioupustem działającym niejako odbarczająco na naciekłe brzegi niszy (Berg).

Bardzo ważnym, choć dotąd jeszcze ciągle spornym zagadnieniem, jest powstawanie wrzodu z poprzedzającego żrącego nieżytu żołądka. Głównie Korbsch a także Henning twierdzą na podstawie badań gastroskopowych, że wrzód częstokroć powstaje w ten sposób. Gutzeit i Teitge na podstawie wieloletnich badań gastroskopowych uważają takie powstawanie za niezmiernie rzadkie. Bergmann przytaczając wyniki obrad Zjazdu interni-

stów niemieckich w 1934 r., na którym omawiano to zagadnienie ,dochodzi również do wniosku, iż ten rodzaj powstawania wrzodu odnieść można tylko do bardzo nielicznych przypadków.

Korbsch, będąc gorącym zwolennikiem powstawania wrzodu z nadżerki, twierdzi, że w licznych badaniach gastroskopowych widział powstawanie nawrotów wrzodu na podłożu ograniczonego żrącego nieżytu żołądka w obszarze bliznowatym po pierwszym wrzodzie. Autor ten sądzi, że wrzód powstaje tylko z nadżerek najbardziej wystawionych na działanie urazu pokarmowego w miejscach szczególnie do tego predysponowanych drogą pogłębiania się i zlewania ze sobą kilku nadżerek.

Dużo mogłoby wnieść spostrzeganie, połączone z kontrolą gastroskopową tych chorych, którzy przebyli zabieg operacyjny na mózgu (co jednak w pierwszych dniach po zabiegu ze względu na stan chorych jest bardzo utrudnione), gdyż wiele wrzodów mogących powstawać po tych zabiegach może ulec zagojeniu nie dając całokształtu obrazu klinicznego choroby wrzodowej. Gdyby badania gastroskopowe potwierdziły spostrzeżenia Cushinga i jego szkoły, teoria o nerwopochodnym wrzodzie uzyskałaby silne poparcie. Znaczenie ośrodkowego układu nerwowego (jego urazów) dla powstawania choroby wrzodowej podkreślają ostatnio w swej monografii Veil i Sturm.

Badania gastroskopowe, przeprowadzone na zwierzętach, u których doświadczalnie wywołano wrzody, mimo że są niezmiernie pouczające, nie pozwalają bez zastrzeżeń tłumaczyć przez analogię podobnych zjawisk w patologii ludzkiej.

Zatem, jak już zaznaczono we wstępie, uchwycenie początku wrzodu żołądka wziernikowaniem żołądka jest nieraz tylko szczęśliwym przypadkiem, tym bardziej że nie znamy objawów pozwalających klinicznie rozpoznać jego wczesne okresy. Niemniej jednak dalsze badania gastroskopowe, zwłaszcza chorych na nieżyt żołądka z obarczeniem rodzinnym, w zestawieniu tych wyników z danymi podmiotowymi, badania rentgenowskiego oraz badań pracownianych mogą tu jeszcze wiele wnieść nowego.

PIŚMIENNICTWO

Albertini: Schweiz. m. Wsch. 1, 1937, 1017. — Arnold A.: Schweiz. m. Wsch. 1, 1934, 724. — Bergmann G.: Funktionelle Pathologie, 2 wydanie, J. Springer, Berlin, 1936; Handbuch der inn. Medizin, wydawany przez Bergmanna i Staebelina, J. Springer, Berlin, 1938, 524. — Burdenko: Z. Neurologie 148, 1933, 343. — Büchner F.: D. m. Wsch. 60, 1460; Beitr. z. path. Anat. 85, 1930, 685. — Cushing, Surg. and Obstetr. 53, 1932, 1. — Gutzeit K. i Teitge H. Die Gastrokopie, Berlin i Wiedeń, 1937. — Hurst: Boas Archiv. 58, 1935, 239. — Jaworski i Korczyński: Przeg. Lek. 23—26, 1889. — Kalima T.: Archiv f. klin. Chirurgie 128, 1025. — Kalk H.: Neue deutsche Klinik, Berlin, 6, 1930, 606. — Kauffmann F.: Med. Klin. 1, 1934, 467. — Konjetzny G. E.: Ergebnisse d. inn. Med. 1930, 37; Med. Welt 1, 1931, 718. — Korbsch R.: Endoskopische Magenpathologie, Lipsk, 1941; D. m. W. I, 1937, 1368. — Masten i Bunts: Arch. inter. Med. 54, 1934, 916. — Mogilnicki: Virchows Archiv 257, 1925, 109. — Nauwerck: M. m. W. I, 1897, 955. — Puhl H.: Archiv kl. Chirur. 169, 1932, 597. — Rossle R.: Mitt. Grenzgb. inn. Med. u. Chirur. 25, 1912, 766. — Rydygier J,: Polskie Arch. Med. Wewn. 14, 1936, 489. — Veil W. H. i Sturm A.: Die Pathologie des. Stammhirms, 1942, 187.

Dr med. CZESŁAW KLINOWSKI Kraków

Zaburzenia w zakresie narządu wzroku w następstwie trującego działania przetworów sulfamidowych

Z Kliniki Okulistycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego

Do bardzo rzadko występujących objawów trującego działania przetworów sulfamidowych na ustrój ludzki należą zaburzenia w zakresie narządu wzroku. Wyrażają się one bądź to powstaniem przejściowej krótkowzroczności, bądź też wystąpieniem porażenia nastawności oka.

W Klinice krakowskiej tylko dwukrotnie widzieliśmy pojawienie się przemijającej krótkowzroczności wynikłej w następstwie leczenia sulfamidami.

Pierwszy przypadek dotyczył 33-letniej kobiety, która z powodu zapalenia gardła zażyła ogółem, w ciągu 6 dni, 18 kołaczyków Eubasiny. W 7 dniu wystąpiła nagle krótkowzroczność obu oczu, wynosząca 2. 0D (Visus: PLO = 6/6 ze sf —2.0 D). Skiaskopowo, po zakropleniu 1% homatropiny, stwierdziliśmy również 2.0 D krótkowzroczności. Żadnych innych zmian ze strony obu oczu nie znaleźliśmy. W 8 dniu zaprzestaniu dalszego podawania Eubasiny bystrość wzroku wróciła do normy (Visus: PLO = 6/6), skiaskopowo zaś stwierdziliśmy wówczas 0.5 nadwzroczności.

Drugi przypadek dotyczył 19-letniego mężczyzny z rzeżączką cewki (poza tym zupełnie zdrowego), u którego w drugim dniu powtórnego uderzenia ulironowego przyszło w ciągu kilku godzin do wystąpienia obuocznej krótkowzroczności, wynoszącej 3.5 D. Chory ogółem zażył 30 kołaczyków Ulironu (w pierwszym uderzeniu, w ciągu pięciu dni, 24 kołaczyki, a po sześciodniowej przerwie dalszych 6 kołaczyków). Skiaskopowo, po 1% homatropinie, również wykazaliśmy 3,5 D krótkowzroczności. Zewnętrznie i wewnętrznie oba oczy były bez zmian. Po przerwaniu stosowania Ulironu, w piątym dniu krótkowzroczność minęła i nastąpił powrót do emmetropii.

W piśmiennictwie dotychczas opisano 26 przypadków przemijającej krótkowzroczności po sulfamidach. Z doniesień autorów wynika, że omawiana krótkowzroczność występowała po stosowaniu wszystkich znanych dotychczas przetworów sulfamidowych. Powstawanie przejściowej krótkowzroczności nie zależy przeto od jakości sulfamidu, jak również nie zależy od ilości zażytego sulfamidu. Widywano bowiem jej występowanie już po zażyciu 0.3 gr Septinalu (Kugelberg), 0.6 gr Antistreptu (Fieandt), 1.3 gr Sulfanilamidu (Gailey), niekiedy zaś dopiero po zażyciu ogółem 52.5 gr preparatów sulfamidowych (Albucid, Eubasin, Sulfapiridin) (Steffen). W niektórych przypadkach, u pacjentów, którzy zażywali już sulfamidy, po 5 do 21 dniowej przerwie ponowne ich zażywanie w stosunkowo już małej dawce wywoływało powstanie krótkowzroczności,

pojawienie się wysypki skórnej, ogólne osłabienie. Na podstawie tych przypadków przyjęto idiosynkrazję jako przyczynę występowania krótkowzroczności (Bristow, Heinonen, Missiroli). Inni autorzy zaś (Berg, Mattsson, Granström, Carlberg) uważają pojawienie się krótkowzroczności za wyraz odczynu allergicznego. Nigdy w dotychczasowych spostrzeżeniach przemijającej krótkowzroczności nie stwierdzono zmian w odruchach źrenicznych, jak również zmian wewnątrzocznych.

Krótkowzroczność po sulfamidach występowała w 1 do 8 dniu ich zażywania, zawsze obuocznie, w wysokości od 1.5 D do 8.0 D, niekiedy tylko z małą różnicą jej nasilenia między obu oczyma. Częściej występowała ona u emmetropów i hypermetropów jak u myopów. Po odstawieniu przetworów sulfamidowych omawiana krótkowzroczność zawsze przemijała samoistnie, przy czym czas jej trwania wynosił od 2 do 20 dni. Szybkie znikanie sulfamidów z ustroju tłomaczy szybkie, zupełne znikanie tej krótkowzroczności.

Homatropina nie wywiera wpływu na obniżenie posulfamidowej krótkowzroczności, po atropinie jednakże widywano jej ustąpienie. Niektórzy autorzy przeto uważają tę krótkowzroczność za wynik (skutkiem zatrucia) skurczu mięśnia rzęskowego (Tita, Missiroli, Heinonen, Topolańsky). Inni natomiast (Granström, Mattsson, Carlberg, Gailey, Bristow, Garcia, Hornbogen, Steffen, Groenouw i Severin) dopatrują się w zmianie współczynnika załamywania ośrodków łamiących, zwłaszcza soczewki, przyczyny pojawienia się omawianej krótkowzroczności. Za tym miałoby przemawiać obserwowane napęcznienie soczewki i na skutek tego przypłaszczenie przedniej komory oka oraz przemijające podniesienie się ciśnienia śródocznego (Carlberg, Bar, Hornbogen). Udowodnienie możliwości wywołania sulfamidami skurczu wyosobnionego mięśnia rzęskowego (Tita, Missiroli), z drugiej zaś strony udowodnienie w rogówce czterokrotnie większego stężenia sulfamidów niż we krwi (Mayer, Bloch, Chamberlain) oraz udowodnienie znacznie dłuższego utrzymywania się koncentracji soli sulfamidów w soczewce niż we krwi (Bellow, Chinn) przemawiają za tym, że krótkowzroczność posulfamidowa jest następstwem zarówno skurczu mięśnia rzęskowego, jak i zmian współczynnika załamywania ośrodków łamiących oka.

Porażenie nastawności oka po sulfamidach opisano dotychczas dwukrotnie (Gardenghi, Missiroli). Występowało ono obustronnie i przemijało samoistnie bez śladu w ciągu miesiąca po przerwaniu podawania sulfamidów.

Występowanie przemijającej krótkowzroczności i porażenia nastawności oka na skutek toksycznego działania sulfamidów zdarza się zapewne częściej niż to dotychczas opisano, zwłaszcza wobec powszechnego obecnie stosowania leczenia sulfamidowego. Dlatego też znajomość przebiegu i w ogóle możliwości występowania przejściowej krótkowzroczności oraz przemijającego porażenia nastawności oka jest konieczna lekarzowi praktykowi. Powstrzyma ona od zbyt pochopnego wyrównania tej krótkowzroczności, od zbędnego leczenia porażenia nastawności, a nadewszystko pozwoli mu uspokoić pacjenta, zawsze silnie zaniepokojonego występującymi zaburzeniami ocznymi w następstwie trującego działania sulfamidów.

PIŚMIENNICTWO

Missiroli G.: Boll. Ocul. R. XVIII (1940) i Boll. Ocul. R. XXI (1942). — Tita C.: ref. Zbl. f. Ophthalm. T. 44, z. 14 (1940). — Gailey W.: ref. Zbl. f. Ophthalm. T. 45, z. 10 (1940). — Groenouw u. Severin: Dtsch. med. Woch. 1941 II. — Saba G.: ref. Zbl. f. Ophthalm. T. 47, z. 3 (1941). — Steffen: Klin. Mbl. Augenheilk. T. 106 i 107 (1941). — Hornbogen D. P.: ref. Zbl. f. Ophthalm. T. 47, z. 7 (1941). — Dilthey: Klin. Mbl. Augenheilk. T. 107 (1941). — Gaisteiger H.: Klin. Mbl. Augenheilk. T. 107 (1941). — Garcia M.: ref. Zbl. f. Ophthalm. T. 48, z. 3 (1942). — Topolansky A.: Klin. Mbl. Augenheilk. T. 108 (1942). — Gardenghi G.: ref. Zbl. f. Ophthalm. T. 47 ,z. 12 (1942). — Fieandt O.: ref. Zbl. f. Ophthalm. T. 48, z. 10 (1942) i z. 18 (1943). — Roe O. u. Ragnar S.: ref. Zbl. f. Ophthalm. T. 48, z. 15 (1943). — Collenza D.: ref. Zbl. f. Ophthalm. T. 48, z. 16 (1943). — Carlberg O.: ref. Zbl. f. Ophthalm. T. 48, z. 23 (1943).

Dr WŁADYSŁAW LASZCZAK — Kraków

Leczenie przetoki jelitowej zapomocą uszczelnienia krążkiem gumowym

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala Św. Łazarza w Krakowie.
Ordynator: Doc. Dr St. Nowicki.

W niektórych przypadkach niedrożności przewodu pokarmowego zmuszeni jesteśmy założyć przetokę jelita cienkiego jako jedyny, najbardziej oszczędny zabieg operacyjny, lub też jako uzupełnienie rozleglejszego zabiegu. Przetoka taka powstaje też czasem samoistnie w przebiegu pooperacyjnym. Stan taki jeżeli utrzymuje się przez czas dłuższy jest niekorzystny i ze względu na stan ogólny chorego, jak też i ze względu na działanie przetoki na powłoki brzuszne.

Spożyte pokarmy nie mogą być wtedy należycie przez ustrój wykorzystane, bo droga jaką odbywają jest o wiele krótsza, a stała utrata soku jelitowego i postępująca utrata chlorków prowadzi w krótkim czasie do daleko posuniętego odwodnienia ustroju.

Są to ogólne następstwa powstania przetoki, które z mniejszym, lub z większym powodzeniem udaje się nam pokonywać.

Niezależnie od tych następstw ogólnych, musimy w leczeniu przetoki uwzględnić działanie na najbliższe jej otoczenie. Sok jelitowy wydobywający się stale przetoką, rozlewając się szeroko po skórze, brzucha, niszczy ją bardzo szybko. Dokoła przetoki powstają rozległe ubytki naskórka, żrące działanie soku sprawia duże dolegliwości choremu. Znany jest dobrze obraz wyniszczonych chorych z czerwoną, wilgotną, pozbawioną naskórka skórą brzucha, zalanych stale wydobywającym się sokiem jelitowym.

W leczeniu przetoki musimy przede wszystkim pokonać odwodnienie i ubytek chlorków. Sposoby do tego prowadzące są ogólnie wiadome.

Równolegle z tym, należy zapobiegać bezpośredniemu działaniu przetoki na powłoki, lub też

leczyć już powstałe skutki tego działania. W przeciwnym bowiem razie nawet gdy bilans wody i chlorków będzie w równowadze nie będzie można przystąpić do zamknięcia przetoki z powodu rozległego zniszczenia skóry brzucha. Na ogól trzeba dążyć, aby przetokę zamknąć po paru tygodniach, gdyż wyniszczenie chorego będzie postępować. Aby wykonać zabieg operacyjny należy doprowadzić skórę do stanu o ile możności prawidłowego przez czasowe zamknięcie przetoki. Potym można zaszyć przetokę, lub gdy to jest niemożliwe, odciążyć ją czasowo przez zespolenie odpowiednich pętli.

Stosowano wiele różnych środków w postaci maści, past, zasypek, czy płynów ochronnych, aby nie dopuścić do zapalenia skóry, lub też pokonać rozlegle jej podrażnienie. Wyniki nie były zadowalające.

Usiłowano zatem zobojętnić działanie soku jelitowego. W tym celu podawał Ochsner przetoką białko kurze, Ress suszone mleko, a Patter miazgę mięsną, Patel duże dawki chlorku wapnia. Również leczenie dietetyczne nie ograniczało wydzielania przez przetokę.

Podane przez Ochsnera, czy Wilkiego sposoby usuwania soku wprowadzeniem jednego lub dwóch cewników, wymagają załączania dość kłopotliwego urządzenia ssącego.

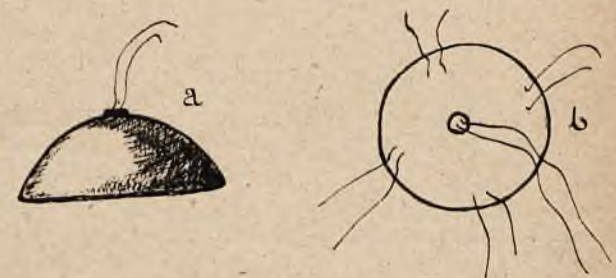
Z mechanicznych sposobów zamknięcia czasowego przetoki należy wymienić sposób, podany przez Kappisa, który zamyka przetokę wprowadzając do jelita sączek gumowy w kształcie litery T lub też zwykły gruby sączek gumowy. Inni używali w tym celu połowy sączka w kształcie łuski.

Wszystkie te sposoby nie spełniają dostatecznie swego zadania. Gumowe sączki nie uszczelniają przetoki i obok sączka wydobywa się w dalszym ciągu sok jelitowy, przy tym opierają się one sztywnymi ścianami o ścianę jelita, która wskutek tego napina się nadmiernie. Sączek taki pozostawiony czas dłuższy może wywołać odleżynę i przedziurawienie ściany. Również przesuwa się on wskutek ruchów robaczkowych i często bywa nagle wypchnięty. W końcu sączek taki musi być umocowany, co zwykle wykonuje się w ten sposób, że z zewnątrz kładzie się drugi sączek i oba związuje się silnie nitką. Wskutek tego znajdująca się między dwoma sączkami uciśnięta ściana jelita może obumrzeć na pewnej przestrzeni i wtedy przetoka się powiększa, jak to spostrzegaliśmy w jednym z naszych przypadków.

W Oddziele Chirurgicznym Szpitala Św. Łazarza stosujemy następujący sposób leczenia przetoki jelita cienkiego.

Na podstawie badania radiologicznego upewniamy się, w jakim odcinku przewodu pokarmowego została założona czy też wytworzyła się przetoka. Badanie to może nas też objaśnić o stopniu drożności pętli odprowadzającej przy zamkniętej na czas badania przetoce. Po tym wstępnym badaniu przystępujemy do uszczelnienia przetoki. Początkowo używaliśmy wycinka balonika gumowego, który zwinięty wprowadzaliśmy przez przetokę.

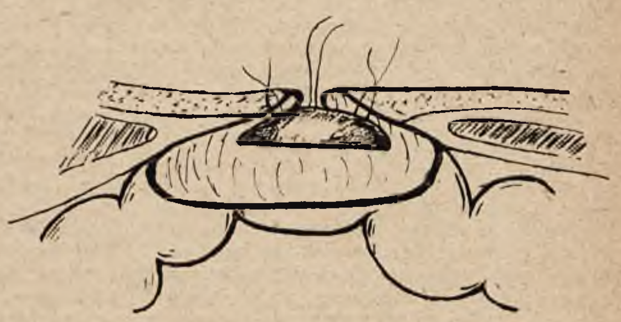
Nitka przeprowadzona przez środek krążka służy do podciągnięcia go i umocowania na skórze (Rys. 1).



Rys. 1. Krążek gumowy a) widziany z boku, b) widziany z góry.

Sposób ten okazał się niedostateczny, tymbardziej, że używałem dość sztywnej gumy, a poza tym duże trudności sprawiało ustalenie płatka w jednym położeniu.

Wobec tych trudności zastosowałem wycinek z balonika, lecz z gumy bardziej sprężystej i aby go ustalić w położeniu, zaopatrzyłem go w 4 nitki podwójne, za pomocą których przyszywa się płatek do powłok (Rys. 2).



Rys. 2. Przekrój czołowy przez przetokę z założonym krążkiem.

Już drugiego dnia po uszczelnieniu objawy zadrażnienia skóry zaczynały się cofać, gojenie postępowało, tak że po upływie dwóch tygodni, bez stosowania jakichkolwiek leków osiągaliśmy taki stan skóry, który pozwalał na wykonanie zamierzonego zabiegu operacyjnego. Równocześnie nasuwająca się z boków ziarnina pokrywała krążek nieraz zupełnie. Ogólny stan chorych ulegał szybko stanowczej poprawie. W tym to okresie czasu usuwaliśmy płatek, rozcinając nad nim ziarninę delikatnie i pociągając za nitkę środkową, po przecięciu innych szwów bezpośrednio przed zamierzonym zabiegiem, lub też uzyskując zagojenie się przetoki, jak to również spostrzegaliśmy.

SPRAWOZDANIE

ze Zjazdu poświęconego „Organizacji Opieki lekarskiej na wsi", który odbył się w dniach 15 i 16 sierpnia 1945 roku w Łodzi

„Zorganizowanie pomocy lekarskiej na wsi — to rozwiązanie opieki lekarskiej w Polsce".

Hasło to wypisane na ścianie sali obrad świadczyło o znaczeniu jakie do obrad przywiązywali organizatorzy Zjazdu.

W przemówieniu powitalnym stwierdził Minister Zdrowia dr Franciszek Litwin, że Polska posiada dziś zaledwie 7.000 lekarzy i 50.000 łóżek szpitalnych w zniszczonych szpitalach, a na domiar złego wielotorową organizację służby zdrowia. Mimo to lecznictwo społeczne musi się oprzeć na samorządzie terytorialnym, który dysponuje ośrodkami zdrowia, szpitalami i ambulatoriami, gdyż one mogą zapewnić masom ludzi nawet specjalistyczną opiekę lekarską.

Dr Marcin Kacprzak, który w ciągu dwu dni niezmordowanie przewodniczył obradom, wygłosił główny referat na temat „Organizacji Opieki lekarskiej na wsi". Większość ludności wiejskiej rodzi się, choruje i umiera nie widząc lekarza, który albo nie znajduje się w pobliżu, albo też jest dla chłopa zbyt drogi. Ideału, którym jest zapewnienie każdemu człowiekowi opieki lekarskiej od poczęcia aż do grobu jeszcze w krótce nie osiągniemy, jednak minimum tj. pomoc lekarską w nagłych wypadkach, w położnictwie, ostrych i przewlekłych chorobach zakaźnych oraz opiekę nad matką i dzieckiem musimy już dziś stworzyć. Nie negując znaczenia dla zdrowia publicznego, dla lekarzy i dla chorych dobrego szpitala, referent postawił na pierwszym miejscu dostarczenie wsi lekarzy, a później dopiero szpitali, których rozbudowa trwać musi z natury rzeczy znacznie dłużej. Obecny stan na wsi jest gorszym jeszcze, aniżeli przed niedawnym czasem, gdyż lekarze którzy osiedlili się na wsi w czasie wojny powrócili już do miast, nadto dużą liczbę lekarzy powołało wojsko do czynnej służby. Należałoby się zastanowić, czy słusznym jest zapewnienie żołnierzowi idealnej opieki lekarskiej, skoro pozbawia się równocześnie opieki lekarskiej jego rodziny i skoro nie leczy się na wsi chorób zakaźnych i wenerycznych! Zasadą powinno być pozostawienie w każdym powiecie, tych specjalistów, którzy są niezbędni dla zapewnienia ludności należytej opieki lekarskiej tj. chirurga, położnika, pediatry i wenerologa. Zresztą lekarze powołani do wojska mogliby być zajęci poza tym w Ośrodkach Zdrowia, w Ubezpieczalniach i Szpitalach; byłoby to nawet połączone i dla nich z pewną korzyścią, gdyż przez powołanie do wojska, rodziny lekarzy znalazły się w bardzo ciężkiej sytuacji.

Ponieważ dobrowolne osiedlanie się lekarzy we wsiach i miasteczkach zawiodło, należałoby skłonić ich do tego, stosując zamiast przymusu obowiązek osiedlania się we wskazanym miejscu, podobnie jak to ma miejsce, gdy osiedla się sędzia, nauczyciel, czy urzędnik państwowy. Lekarza, który nie spełnia żadnej czynności społecznej nie powinno się dziś tolerować. Natomiast filantropia lekarska powinna raz na zawsze zniknąć, gdyż każdy człowiek bez względu na swe zasługi i na swą pracę, ma prawo domagać się opieki lekarskiej i to nie od poszczególnego lekarza lecz od społeczeństwa. Żaden lekarz nie stanie się gorszym przez to, że będzie płatnym przez państwo a nie przez chorego, a zarzut że lekarz stanie się urzędnikiem nie przynosi nikomu ujmy. Nadużycia ze strony nieuczciwych jednostek zawsze będą się zdarzać.

Zachowanie praktyki prywatnej, która nie powinna być zniesiona nie zaszkodzi lecznictwu społecznemu. Przecież mimo to, że państwo zapewnia każdemu obywatelowi bezpłatną naukę w szkole, istnieją prywatne szkoły i prywatni nauczyciele. Trzeba będzie tylko pracę obecnie istniejących lekarzy pomnożyć przez dwa lub trzy a nawet ją uwielokrotnić aby zapewnić wszystkim opiekę lekarską. Lekarze powinni dziś wykonywać tylko te zabiegi, które wymagają ich kwalifikacji, pozostałe czynności należy przerzucić na personel pomocniczy. Lekarzom należy dostarczyć zmotoryzowanych środków lokomocji, gdyż szkoda czasu lekarzy na wielogodzinną jazdę furmankami do chorego.

Należy lekarzom ułatwiać pracę i stwarzać w Zakładach rozpoznawczych i leczniczych zespoły współpracujące lekarzy ogólnych ze specjalistami. Praca lekarza oparta o dobrze zaopatrzony szpital będzie bardziej wydajną. Lekarz nie powinien po ukończonych studiach osiedlać się tam gdzie mu się podoba, lecz tam gdzie go potrzeba i gdzie na niego czeka kompletnie wyposażony gabinet lekarski i mieszkanie. Ośrodki Zdrowia, które zdały egzamin życia należy przekształcić z instytucji o charakterze zapobiegawczym, które lecznictwo prowadziły w ukryciu w instytucje jawno-lecznicze, których celem jest zwalczanie chorób społecznych, opieka nad matką i dzieckiem i młodzieżą szkolną, oraz zapewnienie opieki lekarskiej w nagłych wypadkach. Dla osób, które muszą kilka dni pozostać w ośrodku winna być stworzona izba chorych, zwłaszcza jeżeli do szpitala powiatowego jest daleko. Ponieważ nie zastąpią one nigdy szpitala nie należy tej instytucji rozwijać i traktować ją tylko jako zło konieczne. Polikliniki są dobre tylko w dużych miastach, gdzie jest dostateczna liczba różnych specjalistów. Spółdzielnie zdrowia, jeżeli chcą zajmować się lecznictwem, mogą prowadzić Ośrodki Zdrowia, jednak lecznictwo spółdzielcze nie rokuje w Polsce rozwoju, gdyż opiera się ono tylko na wysoko uświadomionych ludziach i na ideowym lekarzu. Próba ze Spółdzielnią Zdrowia w Markowej nikogo nie może przekonać i mało jest w Polsce ludzi, którzyby chcieli walkę o zdrowie polskiej wsi oprzeć na spółdzielczości. Będąc realistą chce dr Kacprzak dać społeczeństwu taką opiekę lekarską na jaką nas stać; to minimum, które dziś proponuje, stanie się podstawą dla wprowadzenia w przyszłości powszechnej służby zdrowia. Idea służby zdrowia jest trwałą, zmieniają się tylko sposoby tej służby społecznej. Dawniej polegała ona na filantropii, dziś musi polegać na tym by każdy oddał swe doświadczenia wszystkim, którzy łakną opieki lekarskiej.

Prócz głównego referatu w którym dr Kacprzak ujął doskonale istotę zagadnienia opieki lekarskiej na wsi, tego samego dnia lekarze i inni działacze społeczni wygłosili krótsze referaty na tematy pokrewne dla uzupełnienia i dokładnego zobrazowania tego zagadnienia. I tak dr Rostkowski zreferował projekt lekarzy warszawskich Powszechnej służby zdrowia, dr Rudziński omówił szpitalnictwo wiejskie, dr Pietruszewski wygłosił referat na temat Ośrodków zdrowia w powiecie miechowskim, dr Broszkowski omówił transport w organizacji Opieki lekarskiej na wsi, mgr Ruszczykowski mówił o zagadnieniu dostarczeniu leku dla wsi, dr Kaczyński mówił o konieczności kształcenia sanitariuszy i zorganizowania apteczek wiejskich, piel. Dewiczówna omówiła pielęgniarstwo wiejskie, dr Suchanek mówił o ułatwieniu bytu lekarza na wsi, dr Prażmowski o obsłudze laboratoryjnej terenów wiejskich.

Następnego dnia mówił dr Kowalczewski o Opiece nad matką i dzieckiem, dr Telatycki o walce z gruźlicą, dr Szary o zwalczaniu gruźlicy na podstawach spółdzielczości (koreferat), dr Stępniewski o zwalczaniu chorób wenerycznych, dr Rostkowski o zwalczaniu jaglicy i zapobieganiu ślepocie, p. Ścibiorek o walce z alkoholizmem, dr Herman o opiece nad umysłowo chorymi, dr Baliniak i dr Stawiński o ubezpieczeniu pracowników rolnych.

Z referatów tych należy podnieść przede wszystkim oryginalny projekt dr Rostkowskiego i Rutkiewicza organizacji powszechnej służby zdrowia opartej na ośrodkach zdrowia i szpitalach powiatowych. Pierwszym etapem wprowadzenia Powszechnej służby zdrowia, w której powinni wziąść udział wszyscy lekarze i cały personel pomocniczy ma być bezpłatna opieka szpitalna dla chorego, któremu zagraża utrata zdrowia lub kalectwo. Zasadą naczelną powszechnej służby zdrowia jest zapewnienie bezpłatnej i całkowitej opieki lekarskiej łącznie z akcją zapobiegawczą, każdemu obywatelowi i walka z chorobami społecznymi dla podniesienia zdrowotności wszystkich obywateli. Zdaniem referenta Ubezpieczalnie Społ. powinny pozostać jako uzupełnienie tej akcji, oraz celem zorganizowania materialnej strony chorych pracowników. Oryginalnym pomysłem jest projekt zreformowania studiów lekarskich w kierunku możliwie wczesnej specjalizacji już w czasie studiów lekarskich pod kątem widzenia

potrzeb państwowej służby zdrowia. Wprawdzie projekt przewiduje że koszta powszechnej służby zdrowia poniesie skarb państwa, jednak referent oświadczył, że jest mu to zupełnie obojętne czy państwo ściągnie te koszta drogą podatków, czy też składek — chodzi tylko o to, czy grosz ten ma pozostać w kieszeniach obywateli, czy też ma być z nich wydobyty — by zarówno obywatele jak i państwo zyskali na zdrowiu obywateli. Tymczasem dziś część obywateli zwłaszcza część finansowo najsłabsza ginie z braku pomocy lekarskiej. Ażeby znieść już dziś wielotorowość lecznictwa społecznego dr Rostkowski proponuje utworzenie terenowych Rad koordynacji lecznictwa złożonej z przedstawiciela samorządu, Ubezpieczalni i przewodniczącego, przedstawiciela Min. Zdrowia. Dr Rudziński zwrócił uwagę na konieczność jak najszybszego odbudowania zniszczonych szpitali, przy czym powinno się uniknąć poprzednio robionych błędów. Przede wszystkim należy odbudowywać szpitale murowane mające co najmniej 50—100 łóżek, mniejsze szpitale nie mogą liczyć na poparcie Ministerstwa.

Zdaniem dra Rucińskiego szpital powiatowy powinien mieć co najmniej 100 łóżek, rentgen, aptekę, salę rekreacyjną, oddział zakaźny, przychodnie przy szpitalu oraz karetkę sanitarną dla przewozu chorych. Zasadą powinno być, że za osoby które od roku nie posiadają przynależności do gminy koszta leczenia szpitalnego zapłaci skarb państwa.

Dr Broszkowski podniósł, że brak koni na wsi zaostrzył problem transportu chorego do szpitala i dojazdu lekarza do chorego. Ponieważ ludzie na wsi nie rozumieją jeszcze, że w wielu wypadkach o skuteczności pomocy lekarskiej rozstrzyga czas, szczególnie przy wypadkach przy pracy, postrzałach, rażeniach piorunem itp. przeto każdy lekarz winien posiadać samochód.

Mgr Ruszczykowski stwierdził, że aptekarze dotąd osiedlali się pod kątem opłacalności apteki. Ażeby wypełnić braki aptek powinno się stworzyć już obecnie przy Ośrodkach zdrowia punkty rozdawnictwa leków, a w przyszłości dążyć do tego aby wszędzie tam gdzie jest lekarz znalazł się i aptekarz z lekiem. Każda gmina powinna posiadać apteczki z lekami dla pierwszej pomocy z której ludność mogłaby korzystać po godziwych cenach.

Dr Kaczyński poinformował zebranych o próbach podjętych w Parczewie, gdzie przeszkolono szereg dziewcząt i chłopców wiejskich w pracy sanitarnej dla niesienia pierwszej pomocy w nagłych wypadkach. Osoby te po przejściu 36 godzinnego kursu informacyjnego i praktyce w Ośrodku zdrowia, pracują w ten sposób, że informują Ośrodek zdrowia o tym co się dzieje we wsi, przeprowadzają kontrolę porządków sanitarnych w gromadzie, zgłaszają choroby zakaźne w Ośrodku zdrowia, udzielają porad w nagłych wypadkach, organizują transport chorego do szpitala i czuwają by chorzy na choroby społeczne leczyli się w Ośrodku zdrowia.

Do czasu powołania fachowego personelu, którego na wsi dziś brak ta organizacja zastępcza — zdaniem referenta — wywiązuje się ze swych obowiązków zadawalająco, gdyż sanitariusze ci dobrze pojęli swe zadania, pełnią je bezinteresownie, a w wypadkach wyjątkowych wykonują nawet zastrzyki podskórne.

Zdaniem dra Suchanka wszelkie próby podjęte dla poprawy obecnego stanu opieki lekarskiej na wsi, zmierzające do osiedlania się lekarzy na wsi spełzły na niczym, albowiem lekarze z jednej strony nie posiadają nastawienia społecznego, z drugiej, stoją temu na przeszkodzie brak lekarzy i szczególne warunki bytu i pracy lekarza na wsi, wreszcie brak odpowiednich placówek lekarskich.

Prymitywne warunki życia na wsi, odcięcie od ośrodków kulturalnych, ciężka praca bez pomocy personelu pomocniczego odstrasza wielu lekarzy od pionierskiej pracy i osiedlania się na wsi, gdzie nie czeka na niego gotowe już ambulatorium lekarskie. Aby temu zaradzić, dr Suchanek proponuje zreorganizować studia lekarskie w ten sposób, aby skrócić zbyt długie studia, wprowadzić do programu nauk społeczną medycynę, oraz umożliwić im już od 4-go roku medycyny decyzję czy dalej ma się kształcić na lekarza ogólnie praktykującego, czy też na specjalistę. Ponadto należałoby zapewnić lekarzowi na wsi warunki bytu na wyższym poziomie, płatne urlopy, szczególnie dla dokształcania się w ośrodkach uniwersyteckich w specjalnie zorganizowanym instytucie lekarzy.

Dr Rutkiewicz podniósł, że każdy lekarz posiada umiłowanie swego zawodu, jednakże na wsi lekarz nie ma możności współpracy ze specjalistą, ani też sposobności do dalszego doskonalenia się. Jeżeli zaistnieją na wsi dobre warunki leczenia chorych, lekarze chętnie będą się na wsi osiedlali. Problem opieki lekarskiej na wsi da się rozwiązać tylko w ramach Powszechnej służby zdrowia opartej na zasadzie jednotorowości, powszechności i bezpłatności lecznictwa społecznego. Referent zaproponował od zaraz bezpłatne leczenie szpitalne w chorobach zakaźnych, rozszerzenie już dziś ubezpieczenia chorobowego na wieś, by tą zdobycz klasy robotniczej udostępnić wsi i zapewnić przyszłej powszechnej służbie zdrowia środki finansowe, powołać Radę koordynacji lecznictwa, utworzyć wspólny związek pracowników służby zdrowia, ponadto zreformować studia lekarskie, stworzyć apteki samorządowe i wprowadzić planowe osiedlanie lekarzy, jednak z wykluczeniem przymusu osiedlania się lekarza, gdyż to nie prowadzi do celu.

Dr Telatycki zwrócił uwagę na zagadnienie gruźlicy na wsi i na konieczność rozwinięcia propagandy w celu uświadomienia dzieci i rodziców o niebezpieczeństwie gruźlicy. Należy wprowadzić naukę higieny w szkołach wiejskich z nauczaniem dzieci, jak chronić się przed gruźlicą. Zadania szkolne na temat warunków higienicznych chaty wiejskiej pozwoliłyby uzyskać wgląd w obecny stan sanitarny wsi i ilość chorych na gruźlicę w domach wiejskich. Gminne rady zdrowia powinny utrzymywać ścisły kontakt z Ośrodkami zdrowia, przeprowadzać kontrolę osób przyjeżdżających do wsi, przeprowadzać izolację osób niebezpiecznych dla otoczenia i przeprowadzać rozdział leków.

Wszystkich ludzi wyjeżdżających ze wsi do wojska, czy do miasta za zarobkiem powinno się szczepić ujemną szczepionką *BCG*. Przychodnie przeciwgruźlicze, które powinny być subsydiowane przez Ubez. Społ. muszą być tak zorganizowane by mogły dopełniać odmę założoną choremu w szpitalu. W stolicy zostanie utworzony instytut przeciwgruźliczy, który będzie szkolił lekarzy na specjalistów do walki z gruźlicą. Na najbliższą przyszłość potrzeba nam 600 stałych poradni przeciwgruźliczych, 600 rejonowych i 600 ruchomych.

Dr Stępniewski stwierdził, że od czasu wyłączenia pracowników rolnych z ubezpieczenia chorobowego lekarz wenerolog stracił zupełnie kontakt ze wsią. Tymczasem niebezpieczeństwo chorób wenerycznych na wsi wzmogło się jeszcze, wobec czego należy skoordynować akcję zwalczania chorób wenerycznych z bezpłatną akcją leczniczą i prowadzić ją przez Min. Zdrowia w odniesieniu do ludności wiejskiej równolegle do akcji prowadzonej wśród żołnierzy.

Dr Rostkowski omówił akcję zwalczania jaglicy — choroby której szerzeniu się sprzyjają warunki bytu ludności wiejskiej. Przedwojenna akcja ruchomych kolumn przeciwjagliczych oparta na 700 przychodniach przeciwjagliczych z lekarzami przeszkolonymi do walki z jaglicą stała na wysokości zadania, natomiast akcja zapoczątkowana przez okupanta nie dała żadnych efektów.

Niemcy byli w tej mierze zupełnymi ignorantami, zresztą o istotnej walce z jaglicą nie myśleli. Wobec pogorszenia przez wojnę tego stanu, należy na nowo przeszkolić lekarzy do walki z jaglicą i stworzyć jaknajwięcej przychodni, rozmieszczonych jak najbliżej miejsca zamieszkania chorego.

Dr Stawiński Naczelny Dyrektor Zakładu Ubezpieczeń Społecznych stwierdził, że stan zdrowotny wsi jest chwilowo najaktualniejszym zagadnieniem społecznym, ponieważ duża śmiertelność niemowląt, szerząca się gruźlica i choroby zakaźne przerzedzają ludność, a duży odsetek osób ułomnych i kalek stanowi poważne obciążenie dla reszty społeczeństwa. Wieś jest rezerwuarem ludnościowym dla całego państwa — zagadnienie więc zdrowia wsi stało się zagadnieniem ogólnopaństwowym. Zastanawiając się nad pytaniem czemu dotąd nie zostały udostępnione wsi tego rodzaju zdobycze kulturalne jak Ubezpieczenia Społeczne dochodzi do przekonania, że winę ponoszą tu odmienne warunki bytowania na wsi. Duże skupienie ludności na małej przestrzeni ułatwiło zorganizowanie ubezpieczenia chorobowego w miastach, których kultura materialna zachęcała ludzi do osiedlania się w mieście. Pewną rolę odegrała tu także struktura społeczna wsi, albowiem ubezpieczenia społeczne powstały dla ludności żyjącej z pracy najemnej, dlatego też ludność wiejska i właściciele drobnych warsztatów pracy nie podpadali nigdy pod ustawę o ubezpieczeniu społecznym.

Pracownicy rolni w drobnych gospodarstwach nie podlegali ubezpieczeniu chorobowemu, zaś ustawa z roku 1933 wyłączyła z ubezpieczenia chorobowego pracowników rolnych zatrudnionych dotąd w gospodarstwach dużych i wzamian za to dała im leczenie na koszt pracodawcy. Odtąd też ustala zupełnie planowa opieka lekarska na wsi, wartość fizyczna

poborowych obniżyła się, gdyż z dobrowolnego ubezpieczenia korzystały tylko jednostki bardziej uświadomione. Zakład Ubezpieczeń Społecznych chętnie może służyć ludności wiejskiej swymi doświadczeniami, uważa jednak że pomoc lekarska dla wsi nie może być wprowadzoną kosztem obniżenia poziomu lecznictwa społecznego w miastach. Konieczny jest zgodny wysiłek wszystkich czynników Min. Zdrowia, Opieki Społecznej i organizacji samorządowych.

Nie przesądzając wyników zjazdu, sądzi, że należy dążyć do udostępnienia pomocy leczniczej ludności wiejskiej na podstawie umów z Ubezpieczalniami Społecznymi, gdyż łatwiej rozbudować istniejącą organizację niż stworzyć nową.

Lecznictwo to powinno być oparte na istniejących Ośrodkach zdrowia i winno być połączone z punktami rozdawnictwa lekarstw. Jeżeli gminny Ośrodek zdrowia będzie posiadał higienistkę — położną, to lekarz może tam dojeżdżać kilka razy w tygodniu. Przerzucanie kosztów pomocy leczniczej dla wsi na skarb państwa nie jest właściwym rozwiązaniem i należy wszystkich korzystających z opieki lekarskiej pociągnąć do ponoszenia kosztów tej opieki, najlepiej drogą płacenia składek.

W dyskusji zabierali głos liczni mówcy, którzy wypowiadali się za spółdzielczą organizacją pomocy lekarskiej dla wsi i przeciw.

Interesujące były wywody dra Szarego, który proponował by państwo przejęło na siebie utrzymanie szpitali powiatowych. Odciążony w ten sposób samorząd obróciłby swe oszczędności na organizację życia spółdzielczego i Spółdzielnie Zdrowia, których mówca był niezwykle inteligentnym obrońcą.

Natomiast dr Telatycki sądził, że Spółdzielnię zdrowia należy tolerować tylko do pewnego czasu jako akcję partyzancką w walce o zdrowie wsi. Chłop chce widzieć doraźne wyniki wydanych pieniędzy i dlatego nie będzie wydawał pieniędzy Spółdzielni na akcję zapobiegawczą. Tylko samorząd może być w stanie, gdy państwo okrzepnie zająć się celowo zdrowiem społeczeństwa i na niego należy włożyć ten ciężar. Jeżeli samorząd znajdzie się w złej sytuacji państwo winno mu pomódz.

Największą groźbą dla egzystencji Min. Zdrowia jest rozszerzenie kompetencji Ubezp. Społ. chociaż zasługi ich w zakresie zorganizowanego lecznictwa są bezporne. Tylko wyniki akcji przeciwgruźliczej, które zaobserwował przyniosły zdaniem mówcy — więcej szkody niż korzyści, gdyż własne poradnie Ubez. Społ. były gorsze od innych. Należałoby rozgraniczyć ideę lecznictwa od idei ubezpieczeń — samorządy powinny leczyć, ubezpieczalnie tylko ubezpieczać na wypadek niezdolności.

Mocnym głosem wołał o nowe uczelnie lekarskie, o fundusze na naprawę szpitali, o auta ciężarowe i sanitarne, inż. Wyszomirski jeden z entuzjastów Spółdzielni leczniczych. „Jeżeli czynniki rządzące nie dostarczą aut dla przewozu chorych, to widocznie nie dbają o zdrowie narodu".

Dr Rudziński był zdania, że przejęcie szpitali przez państwo wymaga zmiany ustawy — co jest dłuższą drogą, prędzej osiągniemy cel jeżeli się uzdrowi gospodarkę samorządową. Jeżeli samorządy nie płacą obecnej minimalnej taksy szpitalnej za swych chorych w jaki sposób będą mogły utrzymać własne szpitale?

Koszta leczenia ubogich chorych winny być rozłożone na samorząd gminny, powiatowy i na skarb państwa. Gdybyśmy chcieli oprzeć lecznictwo szpitalne na spółdzielczości musielibyśmy je od razu zamknąć.

Dr Ciećkiewicz stwierdził, że omawiane od dwu dni zagadnienie streszcza się do zapewnienia bezpłatnej opieki lekarskiej całej ludności państwa w dalszej przyszłości i do zapewnienia opieki lekarskiej ludności wiejskiej już obecnie. Jeżeli chodzi o ludność wiejską to należy ją podzielić na samodzielnych gospodarzy z ich rodzinami i na osoby pozostające w stosunku pracy najemnej. Wszyscy musimy się zgodzić, że osoby zaliczone do drugiej grupy muszą korzystać nie tylko z opieki lekarskiej lecz i z ubezpieczenia wypadkowego, na starość i na wypadek braku pracy, powinny więc podlegać ubezpieczeniu społecznemu w pełnym zakresie. Także pierwsza grupa złożona z około 5,000.000 samodzielnych gospodarzy może korzystać z ubezpieczenia chorobowego drogą ubezpieczenia, jak to zaproponował przed dwoma tygodniami na Zjeździe Lekarzy Naczelnych w Łodzi i jak to niezależnie od niego proponuje warszawska grupa demokratycznych lekarzy z kol. Rostkowskim i Rutkiewiczem na czele, albo na zasadach analogicznych do planów Beveridge'a. Ten największy dziś teoretyk i znawca ubezpieczeń nie poszedł utartą drogą niemieckich wzorów ubezpieczeń przyjętych dziś prawie przez wszystkie państwa europejskie, lecz znalazł własne oryginalne rozwiązanie problemu ubezpieczeń społecznych.

Zasadą tego planu jest nie tylko zabezpieczenie całej ludności przed wszystkimi ryzykami losowymi, lecz równa wysokość rent i zasiłków na wypadek bezrobocia, choroby, wypadku i starości w wysokości przewyższającej minimum egzystencji, na podstawie jednolitej składki ubezpieczeniowej, płaconej przez wszystkich a nawet przez tych, którzy nie zajmują się żadną pracą. W naszym przypadku chodzi nam o jedno tylko świadczenie tj. o opiekę lekarską na podstawie składki ubezpieczeniowej płaconej przez całą ludność wiejską sklasyfikowaną według ich zdolności płatniczych. Przyjmując, że wieś pragnie pomocy lekarskiej i chce za nią w sposób godziwy zapłacić, musimy utworzyć fundusz ubezpieczenia chorobowego ludności wiejskiej i oddać go w administrację Min. Zdrowia odpowiedzialnego za zdrowie narodu. Gdyby ten fundusz został zwiększony przez wkład samorządu w wysokości nie większej jak 25% i wkład skarbu państwa nie większy niż 15% — opieka lekarska dla wsi byłaby zapewniona. Z doświadczenia wiemy, że jeżeli Min. Zdrowia wystąpi na Radzie Ministrów z projektem powszechnej służby zdrowia i zarządа na ten cel 100,000.000 zł miesięcznie, to Min. Skarbu nie wykaże dla tego projektu zainteresowania, natomiast jeżeli Min. Zdrowia wystąpi z projektem utworzenia funduszu pochodzącego w 60-ciu % ze składek obywateli, Min. Skarbu zainteresuje się projektem choćby ze względu na możliwość lokaty tego funduszu i pożyczek z funduszu rezerwowego.

Dr Ciećkiewicz sądzi, że tylko oparcie projektów Powszechnej Służby Zdrowia o fundusze gromadzone drogą składek zapewni wprowadzenie w życie projektu i da tej organizacji trwałe podstawy.

Niektórzy mowcy apelowali do Min. Aprowizacji i Handlu zwracając uwagę na niezwykle ciężkie warunki bytu ludności chłopskiej nad Wisłą, która do dziś jeszcze mieszka w ziemiankach. Wielu mowców podnosiło konieczność stworzenia na wsi lekarzowi warunków bytu takich, któreby go zachęciły do osiedlania się na wsi, a więc mieszkanie, środek lokomocji, kontyngent na życie i kontyngent drzewa opałowego. Dr Piekarski radził wykorzystać doświadczenie województw zachodnich, gdzie leczenie zorganizowane pracowników rolnych najdłużej istniało. Należy wprowadzić izby chorych dla rodzących oraz skrzynie z przyborami potrzebnymi do porodu, któreby organizacje kobiece mogły rodzącym wypożyczać. Dr Rutkiewicz omówił swój projekt zniesienia wielotorowości przez skierowanie wszystkich torów lecznictwa w jednym kierunku kierowanym przez terenowe Rady Koordynacji lecznictwa pod nadzorem przedstawiciela Min. Zdrowia. Dr Salak wzywał do zkoordynowania wysiłków i do wyścigu pracy różnych organizacji pod kierunkiem Min. Zdrowia. Dr Anselm stwierdził, że do wykonania zamierzań Powszechnej Służby zdrowia są potrzebni fachowcy i pieniądze. Pomoc lecznicza będzie upowszechnioną jeżeli już dziś koszty leczenia zakładowego umysłowo chorych przejmie w połowie skarb państwa, jedną czwartą wydział wojewódzki, $^1/_4$ wydział powiatowy samorządu terytorialnego, jeżeli się obniży taksę szpitalną dla chłopa i nieubezpieczonego rzemieślnika, jeżeli się wprowadzi podatek szpitalny, jeżeli zarządy gmin przewidzą w swoich budżetach kwoty na pokrycie kosztów leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego ubogich chorych i na leki dla nich, jeżeli Ośrodki zdrowia zostaną zreformowane i jeżeli do ich programu włączy się lecznictwo, jeżeli w każdej gminie wiejskiej będzie położna, bez której zaświadczenia położnica nie uzyska metryki dla dziecka i jeżeli szkoły wyposażą się w apteczki podręczne dla nagłych wypadków. Podnoszono też, że większość lekarzy powołanych do służby wojskowej nie jest należycie wykorzystaną i że ma tam „lekkie życie" i że gdyby nie los rodziny pozbawionej wówczas środków utrzymania nie jeden lekarz poszedłby chętnie do wojska dla odpoczynku. Służba zdrowia musi być z natury rzeczy deficytową i musi wymagać pokrycia. Nikt na to nie poradzi i bez lekarzy i bez pieniędzy, nikt tego nie potrafi zorganizować. Chodzi o to żeby Zjazd przedstawił sferom rządowym i politykom sprawę dziś bardzo ważną tj. zdrowia obywateli, o których mówiły dotąd niechętnie słuchane sfery lekarskie.

Wszyscy jesteśmy przepojeni troską o byt narodu i pragniemy gorąco należytego rozwiązania zagadnienia polityki zdrowotnej państwa, gdyż obecne stosunki są niepokojące.

Zjazd, w którym wzięli udział nie tylko lekarze lecz i działacze chłopscy zjednoczeni troską o zdrowie narodu był niezwykle ciekawy i dostarczył Min. Zdrowia wiele interesującego materiału dyskusyjnego, zebranym zaś przedstawił całokształt zagadnień związanych z organizacją opieki lekarskiej na wsi i z przyszłą Powszechną Służbą Zdrowia.

Organizacja Zjazdu i sposób prowadzenia obrad były doskonałe. *Dr M. Ciećkiewicz*

OCENY

Dr JERZY POGONOWSKI Kraków

Człowiek nauki taki, jakim był

Pamiętniki prof. U. J. Fryd. Hechla, wyd. z rękop. oraz zaopatrzył przedmową, przypiskami i skorowidzem Wład. Szumowski. T. I Młodość, studia i podróże 1794—1832 Kraków, 1939 str. XIX+268. T. II W wolnym mieście Krakowie 1834—46 Kraków, 1939, str. 467. (Gebethner i Wolff). Tom 3-ci, niewydany jeszcze, objąć ma pięć lat ostatnich życia Hechla w Krakowie, przyłączonym do Austrii.

Hechel opieczętował był swe pamiętniki i zalecił wydać je po latach 50, gdyby to zaś uznano za przedwczesne, prosił poczekać drugich lat 50. Wykonawcą testamentu w tej mierze został prof. Szumowski, następca Hechla na katedrze krakowskiej (Hechel wykładał historię medycyny, medycynę sądową i policję lekarską).

Autor ciekawych tych ze wszech miar pamiętników, o których wspominał już dawniej uczony jego wydawca, dwakroć uprzednio występując z pracami o Hechlu był również autorem ciekawych prac fachowo lekarskich po polsku i po łacinie, m. inn. o Wojciechu Oczce i łacińskich wykładów historii medycyny i policji lekarskiej. (Rękopisy liczne Hechla są w Bibliotece Jagiellonskiej i świadczą dodatnio o zainteresowaniach autora). Był on też długo członkiem dyrekcji teatru, w r. 1844 posłem na Sejm, w latach zaś 1849—51 radcą konsystorza ewangelickiego.

Leczył głównie znajonych — i to bezinteresownie.

Sam pochodził ze sfer niskich i był biedny, słuchał we wszechnicy wileńskiej Grodka i Lelewela, poczym, namówiony przez niejakiego Straszewicza, wybrał się z nim za granicę i spędził tam pięć lat.

Sam też odbył samodzielną, oryginalną podróż do Laponii, a także do Włoch.

Nawiązawszy romans z panią Wimmel, ożenił się z nią następnie.

W pamiętnikach, w których odzwierciedlił swe życie barwnie i ze szczerością, dał również sylwetki wielu mu współczesnych lekarzy, czym przypomina wiedeńsko-wileńskiego Franka, tymbardziej, że opisał też poniekąd świat artystyczny (np. śpiewaczkę Mauricę).

Zapewne niejednemu podobać się będą pamiętniki jego jeszcze bardziej od frankowskich — sam Hechel też może czyni sympatyczniejsze wrażenie, niż uczony jego kolega niemiecki. Ponadto pamiętniki jego, w których występuje wyraziście, z wdzięczną, ujmującą prostotą przedstawiony człowiek nauki, jakim był, zarazem działacz w szerszym tego słowa znaczeniu, przepojone są lojalnym, patriotycznym nastrojem polskim — i widać, jak Hechla bolał los Ojczyzny *sensu stricto* i Krakowa w szczególności.

Zamykając karty tej księgi, ciekawej, cennej, za której wydanie należy się osobliwa wdzięczność prof. Szumowskiemu,—odczuwa się żal, że się skończyło tą interesującą lekturę i pragnie się dalszego jej ciągu.

Rzecz wydano ładnie, z sympatyczną podobizną Hechla.

W stosunku do wartości tej publikacji — cena jej (300 zł) jest niska, co ją też zaleca.

Należy więc przewidywać dużą jej poczytność, tak w kołach fachowych, lekarskich, jak i w szerszych kołach społeczeństwa, zwłaszcza krakowskiego, wśród którego działał i upamiętnił się Fryd. Hechel.

Kraków, w sierpniu 1945

ŚWIAT LEKARSKI W CZASIE OKUPACJI I NA PRZEŁOMIE

CZERNECKI sekretarz T-wa Kraków

Krakowskie Ochotnicze Towarzystwo Ratunkowe w czasie okupacji i na przełomie

6 czerwca b. r. minęło 54 lat nieprzerwanej działalności Krakowskiego Ochotniczego Towarzystwa Ratunkowego. Szczęśliwym zbiegiem okoliczności Towarzystwo przetrwało okres wojny i okupacji niemieckiej pod własnym zarządem. Rozporządzenie przejęcia Towarzystwa przez Niemiecki Czerwony Krzyż udało się przewlekaniem uchylić. Celem uśpienia uwagi władz okupacyjnych nie zwoływano przez okres 5 lat walnego zebrania członków ani nie jednano członków wspierających.

W okresie wojny Towarzystwo straciło wielu swoich członków i pracowników: prezesa Dra Maciąga Adama, wiceprezesa Dra Kosińskiego Mieczysława, Dra Banneta Arnolda, Inż. Polaczek-Korneckiego Tadeusza, Dra Preissa Witolda, Dra Hochbauma Ignacego i Dra Żaka Rudolfa. W dniu 18 stycznia b. r. w chwili wkraczania pierwszych patroli radzieckich do miasta zginęli w służbie wskutek

ostrzeliwania karetki na ul. Lubicz długoletni szofer Veranemann Augustyn i sanitariusz Pułka Józef — śmiertelne rany poniosły Mgra Czernecka Wanda i przewożona do szpitala, uprzednio już ranna na ulicy Studnicka Aniela. Z życiem uszedł jedynie ranny w nogę sekretarz Towarzystwa Czernecki.

Skutkiem wypadków wojennych ilość członków Wydziału interesujących się sprawami Towarzystwa spadła do 4. W dniu 30 czerwca b. r. zwołano walne zebranie członków, które wybrało nowe władze Twa. Członków wspierających liczy Two obecnie znikomą wprost w stosunku do liczby mieszkańców Krakowa ilość 359. Okres okupacji zamknięto nadwyżką dochodów nad wydatkami w kwocie 120.206 złotych. którą złożono do depozytu i dotąd nie zdołano z powrotem odzyskać. Wprost tragicznie natomiast przedstawia się sprawa karetek. Największą i najlepszą część taboru straciliśmy w 1939 r. W styczniu b. r. straciliśmy najlepszą sanitarkę „Chevrolet" i zostaliśmy z 3 zakupionymi jeszcze w r. 1941. sanitarkami D. K. W., których remonty wskutek braku części zamiennych sprawiają coraz większe trudności. Miejski Wydział Zdrowia względnie Miejskie Zakłady Sanitarne nie rozporządzają wogóle żadnym samochodem sanitarnym. Uznając ciężkie położenie materialne pracowników zarząd wypłacał w czasie okupacji kilka razy do roku bezzwrotne zaliczki, obecnie wypłaca dodatek wojenny, opłaca za pracowników ubezpieczenia społeczne i podatek od uposażeń, utrzymuje bezpłatną stołówkę.

Praca na Pogotowiu Ratunkowym w czasie okupacji była niesłychanie ciężką — porozumiewanie się z najeźdźcą w obcym języku, bezwzględne wymagania poparte groźbami więzienia, zły stan samochodów, ograniczone przydziały benzyny, wszystko utrudniało tą trudną nawet w warunkach pokojowych pracę. Dzięki ofiarnej pracy całej swej załogi Towarzystwo wywiązało się należycie z powinności ciążących na nim względem społeczeństwa i dobrze spełniło swoje zadanie.

Ogółem od założenia Twa udzielono pomocy w 422.759 przypadkach, w okresie lat wojennych w 95.748 wypadkach, — na poszczególne lata ilość ta rozkłada się następująco: 1939 — 25.411 przypadków, 1940 — 15.297, 1941 — 16.979, 1942 — 14.968, 1943 — 12.532 i 1944 — 10.561. W okresie wojny statystyka wykazuje zatem ciągły spadek interwencji; obecnie ilość interwencji z miesiąca na miesiąc wzrasta. Ciekawie przedstawia się ilość zamachów samobójczych w okresie okupacji: 1939 — 178, 1940 — 146, 1941 — 173, 1942 — 126, 1943 — 85 i 1944 — 79 przypadków, razem za cały ten okros 787 zamachów samobójczych. Ilość wypadków ulicznych spowodowanych przez auta, tramwaje itp.: 1939 — 27, 1940 — 537, 1941 — 515, 1942 — 372, 1943 — 519 i 1944 — 512 razem 2482 wypadków ulicznych. Do liczb powyższych nie włączono pomocy, którą lekarze Towarzystwa udzielali codziennie po powstaniu warszawskim wysiedlonym na dworcu kolejowym i w przychodni urządzonej przez Two przy ul. Lubicz 9.

Dr WŁ. ISSAJĘWICZ Kraków—Kobierzyn

Losy Państwowego Zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie z czasów okupacji i po przełomie

Stan Zakładu w chwili wybuchu wojny przedstawiał się następująco: przeszło 1000 chorych rozmieszczonych w 17 pawilonach, dostateczna opieka lekarska (6 lekarzy i 3 absol. medycyny), liczny personel pomocniczy (około 200 osób), obfite wyposażenie tak pod względem urządzenia, aprowizacji jak i środków leczniczych. Działania wojenne 1939 r. wyrządziły stosunkowo niewiele szkód; został uszkodzony pociskiem armatnim jeden pawilon. Chorzy od wystrzałów armatnich i od bomb rzuconych na pobliskich terenach nie ucierpieli, jedynie z personelu pomocniczego została lekko zraniona jedna osoba.

Ponieważ ze strony władz zwierzchnich nie było żadnego zarządzenia co do ewakuacji Zakładu, została tylko wywieziona kasa wraz z depozytami chorych do Lwowa celem zabezpieczenia.

Wojsko niemieckie stacjonowało w Zakładzie przez 2 dni, od 6. IX. do 8. IX. 1939 r. Przy odejściu, zabrało różne cenniejsze przedmioty z Zakładu, w tym wszystkie maszyny kancelaryjne, część środków leczniczych i artykułów sanitarnych z apteki.

Do 20. XI. 1939 r. władze niemieckie zupełnie nie interesowały się Zakładem. Zakład prowadził swą dotychczasową działalność i liczył przeszło 1000 chorych, ale był zdany na własne siły. Był to ciężki okres; pieniędzy nie było, T. W. S. we Lwowie, od którego Zakład pobierał dotacje już nie istniał, koszty leczenia nie wpływały, środki żywności nie zasilane nową dostawą, były na wyczerpaniu. Udało się jednak przetrwać i zapewnić chorym najniezbędniejsze potrzeby tylko dzięki bardzo oszczędnej gospodarce i ofiarnej pracy ówczesnych pracowników.

Dnia 20. XI. 1939 r. zjechał do Zakładu dyrektor Szpitala św. Łazarza w Krakowie dr Giller i zapowiedział przejęcie Zakładu przez władze niemieckie. Równocześnie przeprowadził badanie personelu co do pochodzenia aryjskiego, w wyniku którego usunięto jedną osobę z personelu lekarskiego. Na drugi dzień przybył komisarz wyznaczony przez władze okupacyjne i objął administrację Zakładu. Dotychczasowy personel pozostał, życie Zakładu w tym okresie nie uległo większym zmianom.

Z końcem maja 1940 r. został zamianowany dyrektorem Zakładu Zweck „dyplomowany" kupiec. W związku z tym moja dotychczasowa działalność, jako pełniącego obowiązki dyrektora została ograniczona wyłącznie do czynności lekarskich z tytułem lekarza naczelnego. Warunki aprowizacyjne w tym okresie nie wiele się poprawiły, wobec czego wzmogła się śmiertelność wśród chorych.

W październiku 1940 r. został usunięty Zweck a kierownictwo Zakładu objął urzędnik Warszawskiego Wydziału Zdrowia (Gesundheitswesen) Aleksander Kroll i sprawował je do września 1942 r.

Pod jego rządami zaszły poważne zmiany na niekorzyść chorych; racje żywnościowe systematycznie zmniejszano, żydom przydzielono tylko 50 gr. chleba dziennie a aryjczykom 75 gr. Nadto chorzy pracujący byli żywieni kosztem niepracujących. Dla niepracujących chorych całodzienne wyżywienie nie przekraczało 1000 kalorii — pracujących dochodziło zaledwie 1200 kal. Tłuszczu wydzielano tylko 1 kg dziennie na przeszło 1200 osób. Że te warunki stale zwiększały śmiertelność wśród chorych, dowodzą następujące cyfry: Kroll zastał w Zakładzie przeszło 900 chorych — 300 chorych przywieziono d. 23. X. 1940 r. z Warty, przyjęć miesięcznych było do 50 osób, a po niecałych dwu latach w chwili likwidacji Zakładu pozostało tylko 537 chorych w Zakładzie i 30 chorych w Kalwarii-Zebrzydowskiej. W ten sposób Kroll przygotowywał Zakład do innych celów, zgodnie z instrukcjami swoich władz.

Od samego początku okazywali Niemcy podziw dla Zakładu i bardzo ubolewali, że służy tak „nieproduktywnym" celom, jak opiece nad umysłowo chorymi, i systematycznie zmniejszano ilość chorych. W sierpniu 1941 r. wywieziono wszystkich chorych Żydów do Otwocka.

We wrześniu 1941 r. wydzierżawił Kroll Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych dwa pawilony dla gruźlików, które otrzymały nazwę „Sanatorium w Skotnikach. Prawdopodobnie cały Zakład zamierzano przekształcić na inny szpital, lecz i ten projekt przed czasem uległ zmianie. W maju 1942 r. Zakład przejęła partia hitlerowska na obóz ćwiczebny dla młodzieży. W związku z tym w drugiej połowie czerwca 1942 r. przygotowano zupełną likwidację Zakładu; chorych gruźliczych wysłano do rodzin, bardzo słabych do innych szpitali. Usunięto lekarzy i personel pielęgniarski sanatoryjny.

18 czerwca 1942 r. zostałem wezwany wraz z kolegami do dyrekcji, gdzie wręczono nam dekrety przeniesienia do Zakładu w Drewnicy pod Warszawą z przymusowym przesiedleniem do 3 dni. Zakomunikowano nam, że z tą chwilą opiekę nad pozostającymi chorymi w Zakładzie obejmują lekarze niemieccy. Równocześnie wzbroniono nam wstępu na oddziały chorych, zażądano wydania historii chorób i kluczy oddziałowych. 21 czerwca 1942 r. opuściliśmy Zakład i wyjechaliśmy do Warszawy. Z przebiegiem likwidacji zapoznałem się dopiero po powrocie do Zakładu w lutym 1945 r.

Dnia 22 czerwca 1942 r. usunięto ks. kapelana i siostry pielęgniarki. 23. I. 1942 r. wydano zarządzenie, aby od godz. 13-tej do 7-ej rana następnego dnia nikt z pracowników i członków ich rodzin nie opuszczał mieszkania. Równocześnie zebrano i zamknięto personel dozorujący chorych, pozostawiając na każdym oddziale po dwóch. Około godz. 15-ej personel niemiecki rozpoczął autami odwozić chorych z oddziałów do przygotowanych wagonów, a pozostałe na poszczególnych oddziałach polskie posterunki pod eskortą odprowadzano do miejsca skoszarowania. Chorzy ci jak się później wyjaśniło zostali wywiezieni do Oświęcima. Kilkadziesiąt najsłabszych chorych z oddziałów infirmeryjnego i zakaźnego zgładzono na miejscu, a zwłoki ich wieczorem tego dnia pochowano we wspólnym grobowcu na cmentarzu zakładowym.

Od września 1942 r. rozpoczęto gruntowną przebudowę Zakładu dla potrzeb rozmieszczonego w nim szpitala SS. Przebudowie uległy wszystkie pawilony chorych z wyjątkiem zakaźnego, oraz większość mieszkań funkcjonariuszy Zakładu, których w marcu 1943 r. wysiedlono do wsi Kobierzyn. Wyjątkowo nie zdążono przebudować kaplicy i mieszkania sióstr.

Ogólna ewakuacja Zakładu (chorych i urządzeń) odbywała się w ostatnich miesiącach okupacji od 24 lipca 1944 r. do stycznia 1945 r. Wywieziono wówczas wszystkie urządzenia i przyrządy pracowni naukowej, bibliotekę lekarską, całe urządzenie apteki, meble oddziałowe, bieliznę i pościel, wyposażenie kuchni, urządzenia warsztatowe itp. Przedtem jeszcze zostały wywiezione wszelkie akta biurowe i archiwum.

Władze polskie objęły Zakład 22 stycznia 1945 r. Wezwany przez Urząd Wojewódzki w Krakowie do objęcia kierownictwa, powróciłem do Zakładu 15 lutego 1945 r., gdzie już zastałem większość przedwojennych pracowników. Niestety, nie wszyscy wrócili na swe posterunki, gdyż wojna i okres okupacji wyrwały ich spośród żyjących ze stratą dla Zakładu. Powołani do służby wojskowej rozkazem mobilizacji: Krzysiek Michał, dozorca chorych zginął na skutek odniesionych ran, Starowicz Jan, dozorca chorych i Królik Stanisław, stróż nocny zaginęli. W 1944 r. w czasie powstania warszawskiego zginął ordynator Zakładu dr Julian Dretler.

W marcu na polecenie Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia przygotowano 3 baraki (pozostałość po Niemcach) na przyjęcie 300 chorych. W oczekiwaniu na przybycie chorych, Zakład został zajęty przez Szpital Sowiecki dla rannych dnia 28 marca 1945 r.

Stan ten trwa do chwili obecnej.

Kobierzyn, dnia 25 sierpnia 1945.

KRAKOWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE

Protokół

z posiedzenia naukowego z dnia 20 czerwca 1945 r.

Dr Lejman (z Kliniki dermatologicznej U. J.) przedstawił przypadek zmian skórnych w przebiegu *lymphadenosis aleucaemica*.

Chory l. 68 z zawodu rolnik, wzrostu średniego, budowy prawidłowej żadnych chorób rzekomo nie przechodził; w r. 1918 kontuzja kręgosłupa z przejściowym niedowładem nóg.

Dziedziczność (—). Pije b. rzadko, nie pali.

Przed 2-ma laty pojawiło się zaczerwienienie na końcu nosa tudzież zasinienie grzbietów palców obu rąk, zwiększające się stopniowo; od ubiegłej zimy pojawiły się zmiany na policzkach i na małżowinach usznych tudzież na grzbietach i palcach nóg.

Stan obecny: swoiste zmiany naciekowe rozmieszczone są symetrycznie na twarzy obejmując nos, gdzie zacierają jego kontury, tworząc guz, następnie policzki w częściach sąsiadujących z nosem, powieki dolne, częściowo górną prawą, tudzież małżowiny uszne. Poza tym nacieki widoczne są na grzbietach obu rąk i palców, w mniejszym stopniu na grzbietach i palcach stóp.

Nacieki mają sino czerwoną barwę, konsystencję miękką, jednak dość elastyczną; na ich powierzchni widoczne są liczne rozszerzone skórne naczynia krwionośne; ciepłota objętych na-

ciekiem partyj w stosunku do skóry zdrowej wyraźnie obniżona; konsystencja nacieków na palcach i grzbietach rąk bardziej luźna — skóra okazuje tutaj wyraźne zmiany atroficzne.

Gruczoły chłonne ogólnie powiększone, twarde, elastyczne, niebolesne, podszczękowe wielkości ziaren boku i większe, karkowe i szyjne wielkości grochu, pachowe i pachwinowe wielkości bobu. Poszczególne gruczoły tworzą w okolicy podszczękowej, pachowej i pachwinowej pakiety, przesuwalne względem skóry i podstawy.

Zwraca uwagę skłonność do podbiegnięć krwawych w skórze zdrowej — nawet po nieznacznych urazach.

Błona śluzowa jamy ustnej i gardła bez zmian.

Narządy jamy brzusznej: wątroba w linii sutkowej sięga na 2 palce poniżej łuku żebrowego. Śledziona macalna, nieco powiększona.

Badanie moczu wykazuje stosunki prawidłowe.

Opadanie krwinek: po 1^h —15, po 2^h —45, średnia 18,75.

Odczyny serologiczne kiłowe ujemne.

Pewne wątpliwości rozpoznawcze, jakie się w danym przypadku nasuwały w związku z obrazem klinicznym dotyczyły przede wszystkim 2-ch spraw chorobowych: zmian białaczkowych skóry i choroby Besnier-Boeck'a; w toku następnych badań zostały one szybko wyjaśnione na korzyść białaczki: już w czasie sporządzania wycinka próbnego z miejsca objętego naciekiem, po zabarwieniu eksprymatu wycinka stwierdzono, że każde pole widzenia jest po prostu usiane limfocytami i to na ogół jednolitego typu; pośród komórek nacieku zwraca uwagę obecność eozynofilów w odsetku większym niż we krwi obwodowej. Badanie histologiczne wycinka wykazało obraz charakterystyczny dla zmian białaczkowych skóry, a mianowicie obecność w skórze masywnego nacieku limfocytowego, sięgającego aż do warstwy brodawkowej skóry; brodawki skóry wygładzone; warstwa rozrodcza naskórka ścieńczała do kilku warstw.

Badanie krwi obwodowej wykazało, że mamy tu do czynienia z postacią aleukemiczną białaczki: przy leukocytozie 10.200 istnieje limfocytoza względna: 66%. Hb M 102%. C. czerw. M 4.286.000. Index = 1.19. Obraz krwi: wielojądrzastych obojętno-chłonnych 22%, pałeczkowych 4%, limfocytów 66%, monocytów 4%, eozynofilnych 3%, bazofilnych 1%. Ilość płytek krwi wg. Fonio wynosi 136.000 w 1 mm³. Czas krwawienia 6 minut.

Badanie punktatu gruczołu chłonnego pachwinowego dało obraz również przemawiający za białaczką: jednostajne wzmożenie się odsetka limfocytów jednolitego typu na niekorzyść składników tego rodzaju jak hemocytoblasty, komórki siateczki, histjocytarne makrofagi etc.

Badanie histologiczne wyłuszczonego pakietu gruczołów chłonnych pachwinowych potwierdziło stosunki obserwowane w punktacie — a mianowicie zatarcie budowy przez jednolite utkanie złożone z limfoblastów; nacieki limfocytowe stwierdzono w torebce oraz otaczającej tkance tłuszczowej.

Nakłucie mostka początkowo nie dało wyniku — dopiero po wstrzyknięciu do jamy szpikowej około 5 cm³ wyjałowionego roztworu fizjol. soli kuchennej zdołano zaaspirować potrzebną do badania ilość treści. Badanie rozmazów punktatu krwi szpikowej dało dla białaczki obraz wręcz charakterystyczny, umożliwiający wczesne rozpoznanie postaci aleukemicznych nawet przy braku objawów klinicznych: w obrazie dominują elementy limfatyczne: limfocyty, których odsetek wynosi 80,25%, tudzież limfoblasty — 5,25%. Stosunki odsetkowe w całości przedstawiają się następująco:

Limfocyty	80,25%
Limfoblasty	5,25%
Paramyeloblasty	0,5%
Promyelocyty	0,5%
Myelocyty obojętnochł.	0,5%
Metamyelocyty obojętnochł.	0,5%
Pałeczkowe obojętnochł.	2,5%
Wielojądrzaste obojętnochł.	6,25%
Bazofile	0,5%
Eozynofile	0,5%
Monocyty	0,75%
Komórki Ferraty	0,5%
Normoblasty polichromat.	1,25%

Innych postaci komórkowych nie napotkano.

Zachodzi więc tutaj daleko idąca metaplazja szpiku kostnego.

Inne badania:

Zdjęcie röntgenowskie klatki piersiowej wykazuje zmiany rozedmowe, induracje szczytowe i podszczytowe, serce konfiguracji aortalnej, aorta wydłużona; wnęka prawa budzi podejrzenie w kierunku zmian swoistych białaczkowych

Zdjęcie rontgenowskie kości rąk i stóp nie przedstawia zmian charakterystycznych.

Badanie kapilaroskopowe wykazuje bierne rozszerzenie pętli naczyń włosowatych z objawami zastoju.

W związku z omawianym przypadkiem należy zaznaczyć, że tego rodzaju przypadki w tak jaskrawej i przejrzystej postaci klinicznej należą do rzadkości w dermatologii. W Klinice Dermatologicznej U. J. tego rodzaju przypadek zmian białaczkowych skóry był spostrzegany i opisany przez prof. Waltera w 1919 roku; zmiany skórne w postaci guzów asymetrycznie rozmieszczonych dotyczyły 9-letniego chłopca.

W ogólności zmiany skórne występujące w przebiegu przewlekłej białaczki dadzą się podzielić na 3 grupy:

Do 1-szej zaliczamy zmiany o nieswoistej budowie histologicznej zwane inaczej leukemidami (Andry) lub wg. Pinkusa — towarzyszącymi zmianami skórnymi; występują one pod różnorodnymi postaciami: zapaleń skóry, wyprysków, silnie swędzących wykwitów pokrzywkowych („*prurigo lymphatica*").

Do 2-ej gr. należą zmiany o swoistej budowie histologicznej — dzięki obecności masywnych nacieków limfocytarnych; występują one bądź pod postacią swoistych osutek drobnogrudkowych, bądź pod postacią charakterystycznych nacieków-guzów, jak to ma miejsce w przedstawionym przypadku.

Do 3-ej gr. należą postaci swoistej białaczkowej erytrodermii — sprawy nastręczającej niejednokrotnie wielkie trudności rozpoznawcze, pozostającej w ścisłym związku patogenetycznym z procesem białaczkowym; nacieki limfocytowe występują tutaj w postaci bardziej rozlanej, pomiędzy pęczkami tkanki łącznej, a także pomiędzy komórkami naskórka.

W związku z tym przypadkiem doc. Kubiczek podkreśla wyjątkowość obrazu klinicznego, a dr Leński podaje trudności rozpoznawcze.

W dalszym ciągu posiedzenia prof. dr Aleksander Oszacki wygłosił odczyt pt. „Insulinoma i hypoglikemja a cukrzyca" (rzecz ukaże się w druku).

W dyskusji nad odczytem Prof. Oszackiego:

Kol. Szczeklik podnosi duże znaczenie ośrodkowej regulacji gospodarki węglowodanowej i podaje z własnych obserwacji 2 przykłady ciężkiego niedocukrzenia krwi, które wystąpiło w jednym przypadku cukrzycy leczonej insuliną i w jednym przypadku cukrzycy nie leczonej insuliną. Należyte i szybkie zróżnicowanie śpiączki cukrzycowej i śpiączki hypoglikemicznej stanowi nieraz o życiu chorego, bo w razie nienależytego rozpoznania, a co za tym idzie nieodpowiedniego, a właściwie szkodliwego „leczenia" można chorego w szybkim tempie doprowadzić do zejścia śmiertelnego.

Prof. Miodoński zapytuje, czy usunięcie guza wystarczy dla ustąpienia zmian, czy też samo otworzenie jamy brzusznej i manipulacje koło trzustki nie są bez znaczenia. Równocześnie zapytuje o mechanizm działania injekcyj dożylnych glukozy.

Doc. Mikułowski obserwował przypadek hypoglikemji u małego dziecka, które zachorowało wśród powtarzających się codzień rano drgawek z utratą przytomności. Dziecko to cierpiało na wypryski skóry przewlekłe i na skutek ordynacji dermatologa było leczone dietą ubogą w węglowodany. W przypadku tym dodanie węglowodanów do diety usunęło natychmiast zespół niepokojących objawów hypoglikemji. Badanie neurologiczne (Kol. Opalski) nie stwierdziło u dziecka żadnej innej przyczyny drgawek. Mikułowski obserwował również przypadki hypoglikemji w związku ze schorzeniami mózgowymi u dzieci, więc w przebiegu wodogłowia lub wrodzonego głuptactwa. Przypadek hypoglikemji na tle adenoma trzustki u dziewczynki 7-letniej opisał był w literaturze pedjatrycznej niedawno przed wojną w Monatschrift f. Kindhk. Harnap z Kliniki Bessaua. W przypadku tym zabieg operacyjny również wyleczył dziecko.

Dr Jakóbiec nawiązując do przedstawionego przypadku wyspiaka, przedstawił obserwowany przez siebie przypadek wyspiaka w roku 1940 na II Klinice Chorób Wewnętrznych ówczesnym Oddz. I. D.

W przypadku tym chodziło o kobietę 56 letnią cierpiącą na hypoglikemię napadową od 4-ch lat. W tymże czasie wystąpiło u niej przekwitanie. W ciągu trzech lat chora leczyła się z poprawą, w ostatnim jednak roku stan znacznie się po-

gorszył, wobec czego chora została skierowana na Klinikę. Z badania fizykalnego podkreślił Dr Jakóbiec wysoką wagę chorej (przy wzroście 178 cm — 102 kg) oraz nadciśnienie RR 180/100. W Klinice obserwowano ataki występujące kilka razy dziennie połączone z utratą przytomności, drgawkami itd. Najniższy poziom cukru we krwi wynosił 50 mg$^{0}/_{0}$. Krzywa obciążenia glukozą wypadła charakterystycznie dla wyspiaka (gwałtowny wzrost w I fazie z szybkim spadkiem i bardzo długą fazą hypoglikemiczną). Badanie spoczynkowej przemiany materii + 3$^{0}/_{0}$. Mocz bez zmian. Brak cech niedomogi wątrobowej i nadnerkowej. Z uwagi na coraz częstsze ataki hypoglikemii które tylko na 2—4 godz. ustępowały po injekcji 20 ccm 40$^{0}/_{0}$ glukozy, chora z rozpoznaniem insulinoma została skierowana na Klinikę Chirurgiczną gdzie usunięto wyspiaka wielkości małej pięści. (histologicznie potwierdzony). Przebieg operacyjny bez powikłań. Po 3 tygodniach chora powtórnie została poddana obserwacji na Klinice Wewnętrznej. Ataki hypoglikemii więcej się nie powtórzyły. Krzywa obciążenia glukozą wykazywała podobieństwo do krzywej cukrzycowej. Chora w stanie wyleczonym opuściła Klinikę. Dalsza kilkumiesięczna obserwacja potwierdziła dobry stan chorej. Poziom cukru we krwi utrzymywał się stale na wysokości 112—114 mg$^{0}/_{0}$. Parcie krwi około 200/100. W dalszym ciągu Dr Jakóbiec podniósł trudności rozpoznawcze w wypadkach wyspiaków, gdzie wchodzi w grę nie tylko złożona korelacja hormonowa (przysadka, trzustka, nadnercza, gruczoły płciowe) lecz także niedomoga wątroby jak również zmiany mózgowe jak np. parkinsonism. Poza tym nie każdy wyspiak daje objawy hypoglikemiczne, zależy to od jego zróżnicowania komórkowego lub zmian krwistych w samym wyspiaku. Również objawy hypoglikemii napadowej powstać mogą na skutek przerostu i rozrostu wysp trzustki w związku jak wspomniano z trzustką. Objawy hypoglikemii napadowej, które mogą czasami występować w przebiegu climakterium zależą prawdopodobnie także od przysadki bez zmian wyspiakowych w trzustce, nie osiągają jednak tak dużego natężenia jak w przypadku wyspiaków.

Doc. Brzezicki podaje:

Przypadek insulinoma, tworzący rdzeń odczytu prof. Oszackiego jest mi dobrze znany i chciałem się podzielić z Państwem moimi obserwacjami. W lipcu 1937 r. zgłosiła się do mnie wysportowana, świetnie zbudowana instruktorka wychowania fizycznego ze skargami na zmęczenie i senność oraz na zasypianie po wysiłkach fizycznych. Spała wtedy tak długo aż jej nie obudzono np. na obiad czy kolację po czym czuła się lepiej.

W ostatnich czasach chora silnie zeszczuplała i zmizerniała.

Przy pierwszym badaniu ambulatoryjnym postawiłem dj. — narkolepsia — i ze względu na jej budowę atletyczną łączyłem ten stan raczej z epileptoidem. Zapisałem brom, luminal, prominal na początek, a później przerzuciłem się na benzedrynę ponieważ środki antykurczowe nie pomagały.

Benzedryna — odpowiednik perwityny — pomógł znakomicie. Przez 3 mies. chora czuła się lepiej — dodam jednak, że przepisałem chorej częste odżywianie się (5-o razowe) co oczywiście, jak teraz widzimy, musiało mieć swój wpływ razem z benzedryną — adrenergetycznym środkiem.

Na święta Bożego Narodzenia wyjechała pacjentka do Zakopanego, gdzie prowadziła kurs narciarski. Po zmęczeniach miała podwójne widzenie, zawroty głowy z upadkami, trudność zebrania myśli. Tworzenie planów ruchowych było zaburzone (*apraxia ideatoria*), wtedy chora jadła zupę widelcem, wkładała do ust zapałkę a papierosem pocierała pudełko od zapałek itd.

Poza tym wystąpiły zaburzenia mowy o afatycznym charakterze (*aphasia corticalis*). Wobec tego stanu pacjentka przyjechała do Krakowa 2. 1 w nocy i położyła się spać.

Rano zostałem wezwany. Chora leżała nieprzytomna, miała zrywanie, wymachiwała rękami i nogami, biła wokoło siebie.

Przeniosłem ją na Klinikę gdzie dostała zastrzyk glukozy po czym stan nagle poprawił się. Stosowano zatym przez 3 mies. glukozę ze znakomitym skutkiem. Chora jadła dużo słodyczy, które jej zaordynowano i czuła się dobrze. Po pewnym czasie pacjentka dostała urlop z Kliniki i w domu dostała znowu ataku śpiączki.

Po glukozie, tak jak poprzednim razem, poprawiło się — to skierowało naszą myśl na hypoglikemię wobec czego zaczęto stosować głodówki naprzemian z syropem cukrowym. Okazało się, że każda głodówka wywoływała atak hypoglykemiczny.

Jako przypadek nieneurologiczny, została chora skierowana na internę. Dla mnie jako neurologa ciekawe są dwa fakty — wpływ benzedryny a więc środka sympatykmimetrycznego na mobilizację glykogenu, oraz dobry wpływ na ataki i na sam charakter ataków, który różnił się bardzo od ataków hypoglikemicznych sztucznych, które stosowaliśmy przy schizophrenii, wstrzykując nadmierne dawki insuliny.

U chorej, o której mówię, nigdy nie widziałem drżenia i ataków drgawkowych natomiast niepokój ruchowy *somnolencii* lub *coma*.

Niestety dokładniejszych danych podać nie mogę, ponieważ historia choroby zaginęła.

Dane które tu podaję pochodzą z zapisków mojej praktyki prywatnej.

Kol. Szczeklik przedstawia przypadek zawału bocznego serca, który rozpoznano na podstawie typowej krzywej Ekg, jaką otrzymano na 24 godz. przed śmiercią u chorego L. 56. Chory cierpiał od 9 mies. na bóle w okolicy serca 10—15 minutowe, występujące tak po wysiłku jak i w spoczynku (nawet w nocy), a zgłosił się na O. I. B. na dwa dni *ante exitum*. EKG wykazało u niego bardzo duże obniżenie ST w IV odprowadzeniu, a także częściowo w I i II odprow.; w tychże odprowadzeniach dwufazowe T, poza tym dość głębokie Q w III i zaznaczone Q w II odprowadz. Ciśnienie krwi 200/100 OB—94/2 godz. L. 10. 700. Autopsia wykazała przyścienny zorganizowany zakrzep w gałązce okrężnej tętnicy wieńcowej lewej, który nie zamykał światła w całości, z następową dużą blizną w ścianie tylno-bocznej). Oprócz tego znaleziono zakrzep przyścienny niezupełnie zaczopowujący światło w gałązce okrężnej tętnicy wieńcowej prawej z odpowiednią blizną w przegrodzie międzykomorowej. Zmianie anatomicznej 1-szej odpowiada w EKG obniżenie ST w IV a także i w I i II odprowadz. (w naszym przypadku stan po zawale bocznym) zmianie anatomicznej 2-giej głębokie Q w III odprowadz., i zaznaczone Q w II odpr. (stan po zawale ściany tylnej).

Kol. S. różnicuje krzywą zawału bocznego z krzywą EKG po naparstnicy, z EKg w zatorze płucnym i z EKg w świeżym zawale ściany tylnej. Przypadek ten był interesujący ze względu na 1) rzadką równoczesną zmianę zakrzepową w obydwu gałązkach okrężnych tętnic wieńcowych lewej i prawej z odpowiednimi bliznami 2) kliniczny charakter zawału, który przebiegał pod postacią dusznicy bolesnej, mającej swe wytłómaczenie w zwężeniu naczyń wieńcowych przez przyścienny zakrzep.

Protokół

z posiedzenia naukowego z dnia 27 czerwca 1945 r.

W dalszym ciągu dyskusji w sprawie przypadków demonstrowanych na posiedzeniu w dniu 20 VI 45, a zwłaszcza w dyskusji z dnia 27 VI b. r. nad krzywą Ekg, którą przedstawił Dr Szczeklik jako charakterystyczną dla zawału bocznej ściany serca doc. Dr Tochowicz dowodzi, że krzywa ta nie ma żadnych charakterystycznych cech zawałowych za czym przemawia i wynik sekcji przy której nie znaleziono świeżego zawału serca, a jedynie tylko stare blizny pozawałowe. Przyjmuje natomiast autor, że przedstawiona krzywa Ekg jest charakterystyczna dla niedomogi krążenia wieńcowego i to zgodne jest z wynikiem badania sekcyjnego. (patrz opis sekcyjny). Autor podkreśla, że niewłaściwe interpretacje krzywych Ekg, mogłyby podważyć znaczenie tej najbardziej dziś obiektywnej metody badania, dla stwierdzenia zawałów i lokalizacji tychże w mięśniu sercowym.

W odpowiedzi kol. Tochowiczowi kol. Szczeklik zaznacza, że w przedstawionym przypadku zakrzep przyścienny gałązki okrężnej tętnicy wieńcowej lewej i duża blizna w ścianie tylno bocznej były wyrazem przebytego zawału bocznego wyodrębnionego przez Barnesa w 1934 r., a opracowanego klinicznie przez Wooda, Wolferta i Bellerta w 1938 i że tej zmianie anatomicznej odpowiada krzywa Ekg podana przez autorów amerykańskich, którą stwierdziliśmy w naszym przypadku. Krzywa ta nie ma nic wspólnego ze zawałem ściany przedniej, gdzie zaczopowaniu ulega gałązka zstępująca tętnicy wieńcowej lewej, ani nie jest to krzywa niewydolności wieńcowej charakteryzującej się obniżeniem ST w odprowadzeniach kończynowych. Zresztą zmiana anatomiczna niedwuznacznie wskazuje na stan po zawale tylno bocznej ściany. Kol. S. przedstawia jeszcze krzywe z innego przypadku, zawału bocznego, dotyczące chorej która przebywała 3 mies.

na O. I. B. Krzywe te wraz z objaśnieniami klinicznymi wykazują że wyodrębniony przez autorów amerykańskich zawał boczny serca jest możliwy do rozpoznania przy należytej uwadze i częstej kontroli Ekg gdyż jak wiadomo zmiany Ekg w zawale bocznym są krótkotrwałe i zwykle ustępują po 4—5 tygodniach, jak to wykazały i nasze obserwacje poczynione na 15 przypadkach zawału bocznego.

Doc. Kowarzyk stwierdza, iż elektrokardiograficzne rozpoznanie zawału opiera się na zjawisku prądów uszkodzenia. W mięśniu uszkodzonym prąd czynnościowy ulega deformacji w kierunku jednofazowości. Jednofazowe zniekształcenie elektrokardiogramu świadczy o istnieniu w sercu ogniska uszkodzenia, jakim najczęściej jest zawał. W elektrokardiogramach Dra Szczeklika widoczne jest zniekształcenie przede wszystkim odprowadzenia czwartego świadczące o obecności prądu czynnościowego jednofazowego w elektrycznym obrazie serca. Prąd ten nakładając się na elektrokardiogram w czwartym odprowadzeniu powoduje wybitne obniżenie wstawki ST o charakterze dopuszczającym rozpoznanie uszkodzenia ogniskowego mięśnia sercowego.

Dr Miklaszewska z oddziału wewnętrznego Szpitala św. Łazarza przedstawia „znaczenie śledziony dodatkowej w przebiegu żółtaczki“:

Podaję przypadek żółtaczki u kobiety 41-letniej, która trwa z przerwami od 8 lat do chwili obecnej. Mechanizmu tej ostatniej nie wytłumaczyła ani 4-krotna obserwacja kliniczna, ani też 2-krotnie wykonany zabieg operacyjny.

W wywiadach uderza: 1) 2-krotne wystąpienie żółtaczki po urazie psychicznym 2) 4-krotnie po infekcji: 3 razy grypa, raz zapalenie miedniczek nerkowych, 3) raz komplikacja polekowa „Cibasol“ 4) szczepienie przeciw durowi brzusznemu 5) raz przerwa w miesiączce na przeciąg 8 miesięcy w okresie nasilonej żółtaczki.

Stan obecny: Skóra i śluzówki zabarwione szafranowo żółto. Wątroba w płacie lewym macalna 2 palce niżej łuku żebrowego, tkliwa, płat prawy językowato schodzący ku dołowi, sięgający 2 palce powyżej grzebienia kości biodrowej. Śledziona macalna 2 palce niżej łuku żebrowego.

Badania pomocnicze: Odczyn Van den Bergha bezpośredni natychmiastowy. Cholesterolu we krwi od 321 mgr$^0/_0$ do 450 mgr$^0/_0$ Bilirubiny we krwi od 1,04 do 8,7 mgr$^0/_0$. W moczu urobilinogen silnie wzmożony, bilirubina obecna. Stolce odbarwione. Cholecystografia bez zmian. Sondy dwunastnicze: 20 do 30 leukocytów w polu widzenia w żółci A, żółć B i C bez zmian.

Oporność krwinek czerwonych na roztwory anizotoniczne (badanie wykonane po 2-gim zabiegu operacyjnym):

Krwinki nieprzemyte początek hemolizy w roztw. 0,66$^0/_0$ NaCl koniec 0,30$^0/_0$ Krwinki przemyte początek hemolizy w roztw. 0,60$^0/_0$ NaCl koniec 0,38$^0/_0$.

Pierwszy zabieg operacyjny wykonany z powodu rozpoznania *cholelithiasis*. Znaleziono językowato wydłużony prawy płat wątroby miast powiększonego woreczka żółciowego. Wykonano appendektomię. Rewizji śledziony nie przeprowadzono. Po upływie 6 lat wykonano powtórnie zabieg operacyjny dla uwolnienia wątroby od zrostów, a tym samym usunięcie czynnika mechanicznego zastoju.

Znaleziono: prawy i lewy płat wątroby w zrostach. Prócz tego znaleziono obok prawidłowo ułożonej właściwej śledziony, 2 śledziony dodatkowe, z których jedna w zrostach leżała popod *hilus hepatis*.

Przypadek ten przedstawiamy ,gdyż czynnik zastoinowy żółtaczki łączy się z czynnikiem hemolitycznym w obecności dwóch dodatkowych śledzion o niezwykłej lokalizacji.

Podkreślenia godnym jest również fakt, że w okresie objawów wątrobowych wypadała czasowo funkcja jajników.

W dyskusji nad przedstawionym przypadkiem przez Dr Miklaszewską Doc. Dr Tochowicz, który również obserwował ten przypadek, po zebraniu danych świadczących o przewlekłym stanie zapalnym (OB, okresowe podniesienia ciepłoty równoczesne z nasileniem się żółtaczki, zwiększona ilość krwinek białych w treści dwunastniczej) dochodzi do wniosku, że mamy do czynienia najprawdopodobniej z przewlekłym nieżytowym zapaleniem drobnych dróg żółciowych. Powiększenie tylko prawego płatu wątroby mogłoby przemawiać za sprawą zapalną ograniczoną, która doprowadza do marskości wątroby typu ogniskowego.

W dalszej dyskusji nad tym przypadkiem zabierają jeszcze głos prof. Oszacki i doc. Kubiczek.

Dr Miklaszewski z oddziału wewnętrznego szpitala św. Łazarza podaje „Nietypowy odczyn limfocytarny po splenektomji“:

Podaję przypadek 16-letniego chłopca, u którego po splenektomii, wykonanej wskutek urazu mechanicznego śledziony, wystąpił odczyn limfocytarny z pojawieniem się temperatur o charakterze septycznym.

Objawy te pojawiły się w pełnym zdrowiu w miesiąc po zabiegu operacyjnym. a więc temperatury do 40 stopni, leukocytoza 15.000. Obraz krwi Myeloc. 1$^0/_0$ Młodych 3$^0/_0$ Pałeczkowatych 1$^0/_0$ Wieloj. 17$^0/_0$ Limfoc. 73$^0/_0$ Monoc. 3$^0/_0$.

Punkcja mostka: Myelobl. 1$^0/_0$ Promyeloc. 1$^0/_0$ Myeloc. 8$^0/_0$ Pałeczkow. 1$^0/_0$ wielojądrz. 7$^0/_0$ Jednojądrzastych 78$^0/_0$ Monocytów 1$^0/_0$ Próba oxydazowa w krwi obwod. i szpiku kostnym ujemna. Odczyn Paul-Bunnell'a $^1_2$ plus, minus.

Met. probówkowa Schiffa $^1/_8$ do $^1/_{16}$ dodatnia.

Stan obecny: powiększone gruczoły wzdłuż sutkowo-mostko-obojczykowych w obu pachach i pachwinach do wielkości fasoli. W płucach stwierdza się powiększenie gruczołów wnękowych i prawostronne zrosty opłucnowo przeponowe.

Wątroba macalna 2 palce niżej łuku żebrowego.

Sprawa chorobowa trwała 45 dni. Temperatury utrzymywały się 25 dni.

Leukocytoza narastała w ciągu 14 dni do 29.200 następnie opadła w 21 dniu choroby do 9.500. Limfocytoza najwyższa 89$^0/_0$ przy leukocytozie 28.000, po czym opadła do 48$^0/_0$ przy leukocytozie 12.000.

Przypadek ten przedstawiam ze względu na odczyn limfocytarny, który pojawił się niewątpliwie po usunięciu śledziony, został jednakże zaciemniony i skomplikowany przez jakąś sprawę infekcyjną, której tła nie zdolaliśmy uchwycić.

Dr Gibiński z oddziału wewnętrznego szpitala św. Łazarza wygłosił odczyt pt. „Zasady kymografii i jej znaczenie kardiologicznie“:

We wstępie podkreślono, że odczyt ilustruje jedynie stan kymografii serca na kontynencie europejskim, gdyż warunki wojenne nie pozwoliły nam dotąd poznać postępów i nowych osiągnięć w dziedzinie tej, tak młodej jeszcze metody, dokonanych w innych krajach. Z drugiej strony przemożna propaganda nauki niemieckiej lansowała świadomie fałszywą wiadomość, że kymografia jest wynalazkiem niemieckim. Należy podkreślić, że kymografię, jak i jej wynalazcę dra Sabata ze Lwowa spotkał ten sam los co i szereg innych odkryć polskich uczonych.

Zaczynając od opisu aparatury Sabata przedstawiono szereg kolejnych modyfikacyj metody, aż do kymografii wieloszparowej, ciągłej. Niewątpliwie najpopularniejszym i najlepszym w zastosowaniu klinicznym jest kymogram wieloszparowy, ciągły, jemu więc poświęcono szczególniejszą uwagę, objaśniając sposób powstawania i odczytywania zdjęcia. Szczególny nacisk położono na równoczesność zapisywanego zjawiska ruchu we wszystkich segmentach zdjęcia, co pozwala na następowe odczytywanie z uwzględnieniem stosunków czasowych.

Z kolei przedstawiono na czym polega wyższość zdjęcia kymograficznego serca nad zwykłym rentgenogramem już przy pobieżnym oglądaniu, a więc ułatwienie lokalizacji poszczególnych odcinków serca, dużych naczyń i tworów pozasercowych, uwydatnienie granic w zagmatwanych cieniach, uwypuklanie ewent. zastoju płucnego itp. W dalszym ciągu przedstawiono w ogólnym zarysie analizę kymogramu, a więc omówiono rąbek tętnień, amplitudę zębów, typ I i II tętnienia. Następnie omówiono kształty zębów komorowych, tętniczych i przedsionkowych, załamki pośrednie czyli międzyzębowe, załamania na ramionach zębów, „plateau“ rozkurczowe czyli boczne i skurczowe czyli przyśrodkowe, głuchą strefę i parę innych charakterystycznych obrazów zębów. W końcu, z silniejszym podkreśleniem ważności odczytywania stosunków czasowych, przedstawiono prosty sposób sporządzania wykresów z kymogramów w przeciwstawieniu do tak zwanej densografii. Robi się to przez odmierzanie pod lupą odległości poszczególnych punktów zwrotnych zębów i wrębów od linii szparnika, przenoszenie ich w powiększeniu na papier milimetrowy i zestawianie poszczególnych zębów, zapisanych w tym samym momencie czasowym, nad sobą, w pionowych kolumnach. Pozwala to na szybką orientację, od jednego rzutu oka, w zgodności lub niezgodności czasowej poszczególnych odcinków w czasie jednego aktu serca i umożliwia wykrycie zaburzeń w mechanice jego akcji.

Duże jeszcze braki i niedociągnięcia czekają na ulepszenie, ale już obecnie jest kymografia bardzo pomocną metodą badania klinicznego.

W dyskusji po odczycie zabierali głos Dr Kowarzykowa i Dr Szczeklik.

Protokół

z posiedzenia naukowego z dnia 4 lipca 1945 r.

Ordynator Dr Jasieński Jerzy (z oddziału chirurgicznego Szpitala im. Prez. G. Narutowicza) przedstawił dwa przypadki mięsaków narządów górnej części jamy brzusznej leczone operacyjnie:

Przypadek pierwszy dotyczył 30-letniego chorego. W obrazie chorobowym na plan pierwszy i bodaj jedyny wysuwały się występujące okresowo od lat 5 znaczne krwawienia z przewodu pokarmowego, przy czym krwawienia te za każdym razem sprowadzały ostrą niedokrwistość. Poza tym ostatnio stwierdzono bezsok żołądkowy. Rozpoznawano krwawiący wrzód dwunastnicy lub żołądka. Przy operacji stwierdzono na przedniej ścianie żołądka obecność trzech oddzielnych guzów wielkości od orzecha włoskiego do jaja kurzego, rosnących w kierunku wolnej jamy brzusznej. Chodziło o zewnątrzżołądkowe mięsaki pierwotnie mnogie o utkaniu mięśniakomięsaka. Wycięto dwie trzecie żołądka. Przebieg pooperacyjny gładki. Prelegent stwierdza, że z mięsakiem żołądka spotyka się w praktyce operacyjnej po raz drugi. W roku 1937 operował bowiem z dobrym wynikiem przypadek drobno-okrągło-komórkowego mięsaka wewnątrzżołądkowego.

Dotychczas znamy z piśmiennictwa około 400 przypadków mięsaka żołądka, spośród nich w jednym tylko chodziło o mięsaki pierwotnie mnogie. Ze względu na to, że nie jesteśmy narazie w stanie udoskonalić naszych metod rozpoznawczych ani rozszerzyć naszych możliwości leczniczych, zaleca prelegent większą niż dotychczas ostrożność przy ustalaniu wskazań. Musimy pamiętać o tym, że ze schorzeń chirurgicznych poza wrzodem i rakiem istnieją inne jeszcze nowotwory żołądka, i nie wolno nam pozwolić choremu krwawić, zwłaszcza krwawić silnie, choćby nawet okresowo, w ciągu kilku lat.

W drugim przypadku, dotyczącym 57-letniej chorej operowanej z powodu kamicy żółciowej, w preparacie usuniętego wraz z siecią silnie zrośniętego z jelitem grubym, kreską poprzecznicy i żołądkiem woreczka żółciowego poza kilkudziesięcioma kamieniami, stwierdzono obecność wychodzącego z dna woreczka żółciowego guza wielkości mandarynki. Badanie histologiczne guza wykazało utkanie mięsaka różnokomórkowego z typowymi dla mięsaka woreczka komórkami olbrzymimi o fantastycznych kształtach. Przypadek ten należy do białych kruków, jest bowiem 23-im przypadkiem mięsaka woreczka żółciowego w piśmiennictwie, a pierwszym w którym w miesiąc po doszczętnym usunięciu guza brak jest nawrotu.

Dr Tadeusz Giza wygłosił wykład pt. Chemia w służbie medycyny: nowe środki walki z zakażeniami.

Wyosobnione przez Anglików przed wojną i w czasie wojny z pleśni (*penicillia*) ciała chemiczne czynne przeciwko zarazkom stanowią obok sulfanilamidów nową skuteczną broń w walce z zakażeniami. Prelegent omówił pokrótce prace Fleminga, Raistricka i Floreya, wspomniał o próbach nad bakteriopochodnymi ciałami i szerzej przedstawił mechanizm tzw. bakteriostatycznego działania nowych środków leczniczych, uwypuklając przy tym rolę poszczególnych składników zespołu witaminu B. (Obszerne streszczenie wykładu ukazało się w Nr 2 Przeglądu Lek.).

Po wykładzie wywiązała się ożywiona dyskusja:

Przewodniczący prof. Walter dziękuje prelegentowi za ciekawe i pouczające sprawozdanie z działania nowych środków chemoleczniczych. Ubolewa, że wiadomości o postępach w dziedzinie chemii nowych środków leczniczych stosowanych na zachodzie i w ZSRR nie przeniknęły do Polski przez kilkuletni okres wojenny. Także dziś wiadomości nasze w tym zakresie są bardzo niedostateczne, A już zupełnie brak nam osobistego doświadczenia w tym przedmiocie. Przypuszczenia badaczy anglosaskich o działaniu tych nowych środków, jak penicyliny, opierają się na tych samych przesłankach, na których zbudowano teorię mechanizmu leczniczego sulfamidów. Chodzi mianowicie o antagonistyczne działanie wypierające witamin niezbędnie potrzebny dla życia bakteryj i zastąpienie go środkiem chemoleczniczym. Doświadczenia kliniczne pozwolą dopiero na właściwą ocenę znaczenia i wartości leczniczej leków, wypracowanych w pracowniach chemicznych. Prof. Walter przypomina, jak to było z sulfamidami. Po entuzjastycznych pochwałach tych leków i stosunkowo małych odsetkach wyników leczniczych ujemnych np. w rzeżączce — szczególnie odkąd wprowadzono połączenia pirydynowe i tiazolowe — coraz częściej spotyka się ostatnio przypadki, w których chemolecznictwo zawodzi. Sprawa chorobowa, mimo stosowania różnych połączeń i różnych fabrykatów, nie ustępuje, pojawiają się nawet powikłania i leczenie trzeba ukończyć dawnymi sposobami wstrzykiwań docewkowych i przepłukiwań. Prof. Walter uznaje wybitną wartość tych środków, bez których dziś nie można sobie wyobrazić leczenia rzeżączki, ale podając sulfatiazole, równocześnie stosuje miejscowe leczenie. Obie te metody uzupełniają się i wspierają. Przypomina dalej entuzjazm, jaki towarzyszył wprowadzeniu arsenobenzolu do leczenia kiły. Po latach myśl o *therapia sterilisans magna* upadła, i dziś stosujemy leczenie seryjne, długie, sprzężone, arsenobenzolowo-bismutowe czy rtęciowe, posługując się nawet pomocniczo środkami bodźcowymi. Znamy dalej przypadki kiły opornej na leczenie arsenobenzolem, co daje powód do przypuszczeń o istnieniu szczepów krętków bladych uodpornionych na działanie arsenu. Liczyćby się również należało z możliwością szczepów gonokoków, podobnie niewrażliwych na działanie chemolecznicze. Szczepy te traktowane leczniczo a niewystarczająco sulfamidami, po przeniesieniu na innego osobnika, zachowują nabytą na działanie tych połączeń odporność, wskutek czego wynik leczenia bywa ujemny. W obecnej chwili oczekiwać tylko należy korzystniejszych okoliczności, któreby pozwoliły nam na bezpośrednie zetknięcie się z nowymi chemoleczniczymi środkami — których pochodzenie i strukturę chemiczną przedstawił prelegent,— abyśmy mogli zdobyć osobiste doświadczenie odnośnie do mechanizmu i wartości ich leczniczego działania.

Prof. Miodoński podnosi znaczenie badań chemicznych i fizycznych dla dzisiejszej medycyny.

Doc. Kowarzyk:

Teoria przypisująca środkom chemoterapeutycznym, jak kwas sulfanilowy zdolności wypierania z łańcucha przemian biochemicznych bakteryj witaminu wzrostowego, mianowicie kwasu p-aminobędźwinowego, przypomina dawniejsze teorie narkozy, tłomaczące działanie narkotyków ich powierzchniową aktywnością, dzięki której gromadzą się na powierzchni komórek i obsadzają miejsca przez które w prawidłowych warunkach dochodzą do komórki bodźce fizjologiczne. Różnica polega zasadniczo na tym, że w teoriach narkozy nacisk położono na chemiczno-fizyczne własności związków, podczas gdy o skuteczności leków chemoterapeutycznych decyduje ich swoista chemiczna konstytucja.

Należałoby się zastanowić, czy tego samego rozumowania, jakiego użyto do wyjaśnienia czynności związków chemoterapeutycznych, nie możnaby zastosować w patologii człowieka. Być może, że istnieją u człowieka stany niedoboru witaminów lub hormonów, nie spowodowane brakiem tych czynników w ustroju, lecz ich wyparciem z łańcuchów przemiany materii przez konkurencyjne substancje o podobnej konstytucji, jednak nie posiadające swoistej biologicznej własności witaminów lub hormonów. Pod nazwą ,,niedokrwistości achrestycznej“ opisywano przypadki niedokrwistości złośliwej, w których czynnik przeciwanemiczny obecny w ustroju i z zewnątrz doprowadzany, nie był zużytkowany do regulacji czynności szpiku kostnego. Stąd nazwa anemii achrestycznej, czyli polegającej na wadzie użytkowania, w przeciwieństwie do niedokrwistości spowodowanej niedoborem czynnika przeciwanemicznego. Jest rzeczą możliwą w patologii człowieka, że możnaby znaleźć stany „achrestycznych“ awitaminoz lub niewydolności hormonalnych.

Prelegent odpowiada: Ze skąpo przenikających do nas wiadomości odnosi się wrażenie, że pod wpływem nowych środków chemicznych dokonuje się w lecznictwie przewrót większy od tego, jaki spowodowały stosunkowo niedawno sulfanilamidy, a przed tym preparat „606“. Prelegent zapytuje, czy, doceniając doniosłość sprawy, nie byłoby wskazane zwrócenie się do grupy polskich badaczy nad penicyliną, na czele z prof. Groerem we Lwowie, z zaproszeniem do wygłoszenia odczytu w tutejszym Towarzystwie lekarskim.

Sekretarz: *(Zbigniew Oszast)*

Prezes *(Franciszek Walter)*

Powiatowy Urząd Zdrowia Kamieniogóra, ul. Dworcowa nr 18 Tel. 507, Nr 73/45.

Data 26 września 1945. Do Wojewódzkiego Zarządu Okręgowego Polskiego Związku Zachodniego, w Krakowie.

Dotyczy: zapotrzebowania pracowników służby zdrowia, w powiecie Kamieniogóra.

W odpowiedzi na pismo z dnia 5. 9. 45 L. dz. 611/45 Społ. Powiatowy Urząd Zdrowia w Kamieniogórze podaje następujące wyjaśnienia i odpowiedzi:

Powiat Kamieniogóra jest położony w Sudetach. Linie komunikacyjne, przedsiębiorstwa, fabryki i budynki prawie nie ucierpiały wskutek działań wojennych.

Powierzchnia powiatu: 42,714 hektarów.

Ogólna liczba mieszkańców: 53.251 — w tym: Polaków około 8.000; Niemców — 42.251.

Miasta: Kamieniogóra — miasto powiatowe. Mieszkańców: Polaków około 1.000; Niemców — 11.571.

Inne miasta: Lubawa — mieszkańców: Polaków — około 500; Niemców — 7.235. Szymrych — mieszkańców: Polaków — około 200; Niemców — 3.446.

Ogólna ilość gmin zbiorowych: 9.

Są potrzebni 2 wolno praktykujący lekarze — w tym 1 specjalista chorób skórnych i wenerycznych.

Do miejscowego szpitala powiatowego potrzebny 1 lekarz ogólno praktykujący. Otrzyma odpowiednią grupę uposażeniową, mieszkanie, stołówkę, oraz przydziały żywnościowe.

Na terenie powiatu Kamieniogóra jest jeszcze 8 gabinetów dentystycznych, które mogą objąć polscy lekarze dentyści w charakterze patronów. Gabinety te są dobrze zaopatrzone w urządzenia, instrumenty i materiał dentystyczny.

Jest jeszcze do objęcia apteka w Szymrychu — urządzona i zaopatrzona w małą ilość leków.

Potrzebne są: 12 wykwalifikowanych pielęgniarek; 6 pomocniczek pielęgniarek; 2 wykwalifikowane kucharki.

Potrzebna jest 1 akuszerka wolno praktykująca.

Potrzebny jest 1 dezynfektor.

Przesiedlającym się pracownikom Służby Zdrowia będą przydzielane mieszkania w miarę możności urządzone. Pracownicy Szpitala i Urzędu Zdrowia otrzymują wyżywienie w stołówkach. Inni otrzymają karty żywnościowe.

Lekarz Powiatowy
(—) *Dr L. Gelewski*

Zarząd Miejski w Bytomiu, Wydział Zdrowia, L. dz.: Z/1268/45, L. dz. 8263/45/ og.

Bytom, dnia 28 września 1945. Polski Związek Zachodni, Wojewódzki Zarząd Okręgowy w Krakowie.

Dotyczy: Pisma z dnia 5. 9. br. — L. dz. 611/Społ. — W sprawie zorganizowania planowego przesiedlenia służby zdrowia na nowo uzyskane ziemie zachodnie.

W odpowiedzi na powyższe pismo podaję następujące dane, dotyczące osiedlenia się służby zdrowia na terenie miasta Bytomia.

Lekarze:

1) Na terenie miasta Bytomia potrzebny jest w tej chwili tylko 1 starszy, doświadczony rentgenolog.

2) aparat rentgenowski znajduje się w instytucji, w której lekarz ewentualnie byłby zaangażowany,

3) aparatów prywatnych nie ma,

4) wobec zajęcia szpitali przez wojska Radzieckie na razie sprawa angażowania lekarzy jest nieaktualna, gdyż na terenie miasta znajduje się dostateczna ilości lekarzy specjalistów z każdej dziedziny. Po zwolnieniu szpitali, co niewiadomo kiedy nastąpi, mogą być ewentualnie potrzebni młodzi lekarze jako asystenci.

Stołówka przy szpitalach za dopłatą. Kartki żywnościowe I kategorii. Uposażenie wg. grupy VIII.

Lekarze dentyści i technicy dentystyczni.

Na terenie miasta Bytomia znajduje się dostateczna ilość lekarzy dentystów względnie uprawnionych i nieuprawnionych techników dentystycznych.

Apteki:

W mieście i powiecie Bytom wszystkie apteki są zajęte przez dzierżawców. Do objęcia znajdują się jeszcze apteki na dalszych terenach zachodnich. Bliższych informacji co do tych terenów udzieli Okręgowa Izba Aptekarska w Katowicach, ul. Słowackiego 24.

Pielęgniarze i personel szpitalny:

Podobnie jak pod „Lekarze" pkt. 4.

Akuszerki:

Na terenie miasta Bytomia znajduje się już dostateczna ilość akuszerek.

Kontrolerzy sanitarni i dezynfektorzy:

Potrzebnych jest 4 dezynfektorów, po oddaniu szpitali dalszych 5 dezynfektorów; 1 dozorca zdrowia; 2 higienistki społeczne, po oddaniu szpitali około 15 pielęgniarek.

Warunki:

Uposażenie wg. grup X do XII, stołówka przy szpitalach za dopłatą, kartki żywnościowe I kategorii.

W tej chwili na terenie miasta Bytomia są duże trudności mieszkaniowe, ponieważ liczba mieszkańców, w związku z osiedlonymi już repatriantami ze wschodu, przekroczyła liczbę mieszkańców z przed okresu zajęcia miasta przez Władze Polskie.

Lekarz grodzki
(Podpis nieczytelny)

Pełnomocnik Rządu R. P. Powiatu Góra — Śląsk Dolny, Lekarz Powiatowy, Nr 103/45.

Góra, dnia 29. 9. 1945. Polski Związek Zachodni w Krakowie. Na pismo z dnia 5. 9. 45 L. 611/45 Społ.

Zawiadamiam, że w powiecie Góra, w szpitalu organizującym się, potrzebni są:

chirurg, chemik (laborant), rentgenolog.

W mieście brak dentysty. Jest gabinet dentystyczny bez górnej części maszyny do borowania, instrumentów brak.

Rentgen jest, ale wymaga remontu.

Mieszkania mogą być zapewnione wraz z umeblowaniem po odejściu wojsk sowieckich. Na razie — tymczasowe. Wynagrodzenie według norm. Miasto przed wojną 5 tys., liczy obecnie około 2 tys. mieszkańców. Produkty spożywcze wszystkie można dostać na miejscu. Niekiedy są trudności z tłuszczem. Ceny niższe niż we wschodnich województwach. Ludność wyłącznie polska.

(Podpis nieczytelny)

Pełnomocnik Rządu R P. na miasto Jelenia Góra
Jelenia Góra, dn. 20. 9. 1945 r. ul. Grottgera Nr 5
Referat Zdrowia Z. 1/45 Nr L. 611/45 Społ.

Do Polskiego Związku Zachodniego Wojewódzki Zarząd Okręgowy w Krakowie

Dotyczy: Akcja przesiedleńcza na ziemie zachodnie.

W odpowiedzi na pismo z dn. 5. 9. 45 r. w sprawie zorganizowania planowego przesiedlenia pracowników służby zdrowia na nowo uzyskane ziemie zachodnie komunikuję, co następuje:

Miasto Jelenia Góra jest narazie nasycone lekarzami. Potrzebny jest natychmiast lekarz-okulista. W trochę dalszej przyszłości będzie potrzebny jeszcze jeden specjalista z każdej specjalności.

Osiągnięcie lepszego mieszkania z urządzonym gabinetem i instrumentami jest na tym terenie trudne.

Lekarze rentgelodzy na aparaty liczyć nie mogą.

Tutejszy szpital miejski mógłby przyjąć trzech lekarzy: lekarza-internistę, lekarza-chirurga i lekarza-rentgenologa oraz dobrze wykwalifikowane pielęgniarki (15 osób). Utrzymanie dla powyższych dawałby szpital wraz z mieszkaniem. Uposażenie dla takowych jest chwilowo niewyjaśnione.

Pożądanym byłoby, ażeby wymienieni fachowcy zjawili się tutaj czymprędzej, albowiem na skutek dużego napływu innych ludzi z kwalifikacjami miejsca mogą być wkrótce zajęte.

Kilka akuszerek mogłoby się jeszcze osiedlić tak w mieście jak również i w powiecie (prywatna praktyka).

Dla powiatu jest zapotrzebowanie na 4 dezynfektorów z pensją miesięczną około 500,— zł., prócz tego stołówka. Szybki ich przyjazd byłby bardzo pożądany.

Naogół sprawa mieszkaniowa na naszym terenie przedstawia się niezbyt zachęcająco. Masowe wysiedlenie niemców rozwiązałoby może dopiero ten problem. Warunki aprowizacyjne także chwilowo szwankują.

Pieczęć: (Podpis nieczytelny)
Dr med. J. Stęplewski Lekarz Miejski
Jelenia Góra, ul Grottgera 7
Telefon 2605

Zarząd Miejski w Sycowie Nr. 19/10/45

Syców, dnia 28. 9. 45 r.

Do Polskiego Związku Zachodniego Wojewódzki Zarząd Okręgowy w Krakowie

Na pismo tamt. z dnia 5. 9. 45 L. 611/45 Społ. Zarząd Miejski komunikuje, że na terenie powiatu sycowskiego wakują następujące posady:

1) 2-dyplomowane pielęgniarki do szpitala Powiatowego w Sycowie,
2) 1 dyplomowana pielęgniarka do organizującego się Ośrodka Zdrowia w Sycowie,
3) 1 kontroler sanitarny i sekretarz lekarza Powiatowego w jednej osobie.

Warunki pracy są następujące: mieszkanie, utrzymanie w stołówce urzędniczej.

Pensja będzie ustalona przez Wojewódzki Wydział Zdrowia w Lignicy.

Zarząd Miejski
(podpis nieczytelny)
Burmistrz.

Pełnomocnik Rządu R. P. na Obwód XVII w Trzebnicy

Trzebnica, dn. 17. IX. 45 r. Ref. Zdrowia

Do Polskiego Związku Zachodniego Woj. Zarządu Okręgowego w Krakowie.

W odpowiedzi na pismo z dn 5. IX. 45 L. 611/45 Społ. w sprawie zorganizowanego przesiedlenia pracowników służby Zdrowia komunikuję, iż na terenie tut powiatu są wolne następujące placówki:
dla

1) 1 chirurga w Szpitalu Powiatowym an stanowisku dyrektora Szpit.
1 internisty w Szpitalu Powiatowym na stanowisku ordynatora oddz.
1 akuszerki w Szpitalu Powiatowym,
2-3 pielęgniarek wykwalifikowanych.

Lekarze, pielęgniarki i akuszerka mogą otrzymać mieszkanie na terenie szpitala, całodzienne utrzymanie w stołówce szpitalnej oraz pensje od VIII do VI stopnia służbowego zależnie od zajmowanego stanowiska.

Poza pracą w szpitalu mogą zajmować się praktyką prywatną.

2) Zarówno w Trzebnicy jak i w powiecie tylko na praktykę prywatną liczyć jeszcze nie można Mieszkań wraz z urządzonymi gabinetami lekarskimi nie ma.

3) Gabinetów rentgenowskich z aparatami nie ma.

Lekarze dentyści:

4) Na terenie powiatu brak dentystów. Urządzeń dentystycznych brak. Posiadamy 1 fotel dentystyczny i pewien zapas leków.

5) Dezynfektorów potrzeba jest 5. Będą oni na etacie Komisariatu do walki z epidemiami z uposażeniem 500 zł. mies. + diety 50 zł. dziennie za pracę w terenie.

Lekarz Powiatowy
Dr Mrozkiewicz K

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

PRZED ZJAZDEM PSYCHIATRÓW

Okrucieństwa niemieckie, dążące do zniszczenia narodu polskiego nie ominęły i zakładów leczniczych dla psychicznie chorych. Opierając się na rzekomo naukowych podstawach zbudowanych w celu tzw. oczyszczenia rasy, Niemcy uważali za jedno ze swych zadań konieczność usunięcia ze społeczeństwa psychicznie chorych i uczynili to z całą dokładnością. Już od pierwszej chwili swojej barbarzyńskiej inwazji przystąpili do wykonania diabelskiego planu zniszczenia umysłowo chorych w polskich szpitalach psychiatrycznych i swoją zbrodniczą akcję prowadzili bezwzględnie do końca okupacji. Rezultatem jej było wymordowanie kilkunastu tysięcy umysłowo chorych w szpitalach i opiekach pozakładowych.

Równocześnie z tą zbrodniczą działalnością, ofiarą morderstw niemieckich padło wielu psychiatrów i osób z personelu pielęgniarskiego. Dotychczas uzyskane dane pozwalają na stwierdzenie, że spośród tej niewielkiej grupy lekarzy psychiatrów, którzy do chwili wybuchu wojny pracowali w szpitalach psychiatrycznych w liczbie około 200 osób, piąta część tj. blisko 50 osób zginęło, a o wielu do dziś dnia nie ma jeszcze pewnych wiadomości.

Materialne straty psychiatrii polskiej są olbrzymie; tak np. zrównano z ziemią najstarszy szpital psychiatryczny św. Jana Bożego w Warszawie, a klinika psychiatryczna Uniwersytetu Warszawskiego, bogato wyposażona w liczne aparaty do badań naukowych i do leczenia przedstawia tylko kupę gruzów. Wszystkie inne zakłady psychiatryczne prawie doszczętnie zostały ograbione z urządzeń, aparatów i bibliotek.

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, które powstało w 1920 roku i skupiało wszystkich psychiatrów polskich, pracujących naukowo i społecznie, corocznie organizowało zjazdy psychiatrów polskich dla omawiania spraw naukowych z dziedziny psychiatrii i nauk pokrewnych oraz naukowo ujmowało społeczną sprawę psychiatrii. Wydawało naukowe archiwalne pismo „Rocznik Psychiatryczny" (do stycznia 1939 ukazało się 37 tomów tegò pisma). „Rocznik Psychiatryczny" obok „Nowin Psychiatrycznych", wydawanych jako organ Polskich Zakładów Psychiatrycznych i „Higieny Psychiatrycznej" — pisma dla spraw higieny psychicznej — był odzwierciedleniem polskiej myśli psychiatrycznej. Towarzystwo Psychiatryczne od września 1939 roku miało przymusową przerwę w działalności. Cały dorobek Towarzystwa został zniszczony lub ograbiony.

Pomimo tak wielkich strat pozostali przy życiu psychiatrzy pragną na nowo skupić się i przystąpić do wspólnej pracy/dla dobra społecznego, wobec tego przystępują do wznowienia działalności Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, które na dzień 1 listopada br. organizuje pierwszy od czasu wojny zjazd wszystkich psychiatrów pracujących w Polsce. Zjazd ten ma się odbyć w murach szpitala w Tworkach. Na zjeździe obok szeregu odczytów naukowych luźnych, dwa główne tematy będą specjalnie omawiane i dyskutowane: 1. „Okrucieństwa niemieckie w stosunku do umysłowo chorych", oraz 2. „Organizacja opieki nad zdrowiem psychicznym ludności w Polsce demokratycznej". Organizacją Zjazdu zajmuje się specjalny komitet, na czele którego stoi Profesor Jan Mazurkiewicz.

WIADOMOŚCI EPIDEMIOLOCZNE *)

Za okres od 1. I. 1945 do 28. VIII. 1945 zanotowano:

przypadków	duru brzusznego	21.148
„	duru plamistego	12.589
„	czerwonki	3.447
„	płonicy	6.081
„	błonicy	6.079

*) W/g komunikatów Min. Zdrowia.

Należy zaznaczyć, że dane powyższe nie są zupełnie ścisłe z następujących powodów: nie zgłaszania wszystkich zachorowań jakie były w terenie, trudności przesyłania doniesień, nie zorganizowania jeszcze we wszystkich częściach kraju odpowiedniej służby itp. Należy przypuszczać, że liczba zachorowań jest w rzeczywistości o 30% wyższa niż liczba podana.

Obecnie największą liczbę zachorowań na choroby zakaźne spotyka się na terenach zachodnich i północnych. Można to tłumaczyć dużymi ruchami przesiedleńczymi i repatriacją. Ze względu na repatriację dawnych wschodnich terenów Polski należy się spodziewać nasilenia epidemii na terenach wschodnich województw. To też zorganizowanie i utrzymanie ochronnego kordonu sanitarnego dla repatriacji jest sprawą wielkiej wagi i b. pilną. Również konieczne jest w tej chwili wyposażenie i sprzęt lekarski, leki, środki dezynfekcyjne i dezynsekcyjne, urządzenia dezynsekcyjne około 300 punktów przyjmujących repatriantów. W związku z nasilającą się epidemią konieczne byłoby uruchomienie większej liczby szpitali epidemicznych z ilością łóżek przynajmniej 24 tysiące — obecnie posiadamy łóżek zakźnych 12.500. Wyposażenie szpitali jest niewystarczające, braki ocenić należy na 80%. Dotyczą one: bielizny osobistej, pościelowej, pościeli, łóżek, urządzeń szpitalnych jak: aparaty dezynfekcyjne i dezynsekcyjne, kąpieliska itp.

Na skutek wymienionych powyżej braków w szpitalach zdarzają się bardzo często wypadki zakażeń wśród szpitalnych, zarówno spośród personelu, jak i chorych.

Walka z durem plamistym w terenie jest bardzo utrudniona, ponieważ sieć kąpielisk i odwszalni dla masowego odwszawiania ludności jest bardzo mała, a stopień zawszenia ludności wielki wobec wyjątkowo trudnych warunków życia, braku mydła, którego cena na wolnym rynku jest bardzo wysoka, oraz stałych ruchów ludności. Walka z durem brzusznym i czerwonką jest również bardzo utrudniona wobec złych warunków higieniczno-sanitarnych wsi (zły stan lub zupełny brak studni, ustępów itp.).

W walce z epidemiami wielkie trudności sprawia brak środków lokomocji, do przewożenia chorych, aparatów i kolumn dezynfekcyjno-dezynsekcyjnych, ruchomych kąpielisk itp.

GRUŹLICA *)

Około 5% ludności choruje na gruźlicę. Wyraża się to cyfrą 1,200.000 chorych na wszystkie postacie gruźlicy, z tego około 60.000 chorych cierpi na gruźlicę kostno-stawową, a około 40.000 na toczeń gruźliczy.

W jednym województwie Śląsko Dąbrowskim w okresie kwartalnym zanotowano 483 zgony na gruźlicę, w tym 39 zgonów dzieci (8,8%).

W mieście Łodzi w ciągu dwóch miesięcy (luty, marzec) zanotowano zgonów na gruźlicę: mężczyzn 158, kobiet 99, dzieci 17, co przy ogólnej liczbie wszystkich zgonów — 1548 daje 17% na gruźlicę. Jest rzeczą ciekawą, że 23% zgonów ogólnych wśród mężczyzn to zgony na gruźlicę płuc. W Krakowie w ciągu dwóch miesięcy stwierdzono 149 zgonów na gruźlicę. Na Uniwersytecie Jagiellońskim (Kraków) wśród 1200 mieszkanek i mieszkańców krakowskich domów akademickich w roku bieżącym znaleziono wśród akademiczek 25% otwartej gruźlicy, a wśród akademików 20%.

Badania podobnego zespołu w Uniwersytecie Lubelskim wykazały wśród skoszarowanych słuchaczy samej tylko katedry wojskowej 35% otwartej gruźlicy. Wydział Zdrowia m. Łodzi na 600.000 mieszkańców określa ilość chorych na otwartą gruźlicę na 30.000.

W Warszawie wskaźnik śmiertelności oblicza się na 50—100.000 mieszkańców. Wśród 500 dzieci szkolnych przebadanych w Białymstoku stwierdzono: 1) około 8% dzieci młodszych jest dotkniętych swoistymi procesami w tkance płucnej i gruczołach około-oskrzelowych, 2) 7% dzieci młodszych cierpi na *intoxicatio tuberculosa*, i 3) około 2% dzieci starszych cierpi na czynne procesy gruźliczo-rozpadowe, a z tego 0,5% na suchoty okresu młodzieńczego o rokowaniu beznadziejnym. Spośród 3 milionów powracających z obozów stwierdza się 30% przypadków otwartej gruźlicy płuc.

NOWY ZARZĄD P. C. K.

Ukonstytuował się nowy zarząd główny P. C. K. w składzie następującym: Prezes — Christians Ludwik, prawnik, b. Wice-Prezes Zarządu Gł. PCK. i b. poseł na Sejm Rzeczypospolitej; Wice-Prezes — Czarnocki Wilhelm, doktor medycyny profesor Uniwersytetu Warszawskiego, Dyrektor Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie; Wice-Prezes — Kaczanowski Feliks, doktor medycyny, psychiatra, Dyrektor Państw. Szpitala w Tworkach, ob. członek Zarządu Gł. PCK.; Sekretarz Generalny — Dybczyński Włodzimierz, doktor filozofii, działacz społeczny; Skarbnik — Dobrowolski Jerzy, prawnik, Wice-Dziekan Rady Adwokackiej; Szef Sanitarny — Kacprzak Marcin, doktor medycyny, Prezes Państw. Rady Zdrowia; Szef Zaopatrz. — ks. prof. Oraczewski Czesław, b. członek Zarządu Gł. PCK., działacz społeczny; Członek Zarządu — Giebartowski Edmund, prawnik, Wice-Minister Opieki Społecznej, b. członek Zarządu Gł. PCK.; Gnoiński Henryk, Docent Uniwersytetu Warszawskiego, doktor medycyny, b. Szef Wydz. Sanit. biura Zarządu Gł. PCK.; Walawski Bolesław, doktor praw, Dyrektor Biura Krajowej Rady Narodowej; Dłuska Stanisława, działaczka społeczna.

*) W/g komunikatu Min. Zdrowia.

WZNOWIENIE DZIAŁALNOŚCI TOWARZYSTWA NEUROLOGICZNEGO W KRAKOWIE

Dn. 21 IX 1945 odbyło się w sali wykładowej Kliniki neur.-psych. U. J. w Krakowie I-sze zebranie Towarzystwa Neurologicznego w Krakowie, będącego oddziałem Polskiego Towarzystwa Neurologicznego.

Zebraniem tym wznowiono działalność Towarzystwa po 6-letniej przerwie, Po zagajeniu zebrania przez Doc. dr Eugeniusza Brzezickiego jako Kierownika Kliniki i sprawozdaniach, wybrano nowy zarząd w składzie: prezes — Doc. dr E. Brzezicki, wiceprezes — dr Władysław Chłopicki, sekretarz — dr Michał Jarema, skarbnik — dr Stanisław Paszkowski. W skład komisji rewizyjnej weszli: dr A. Sikorska, i dr Z. Markowski. Naukowe posiedzenia Towarzystwa będą się odbywać, podobnie jak przed wojną, raz w miesiącu w Klinice neur.-psych. U. J. w Krakowie przy ul. Kopernika Nr 48.

POMOC SANITARNA UNRRA DLA POLSKI

Pomoc sanitarna UNRRA dla Polski zapowiada się w ogromnych rozmiarach. Mają nadejść dary wartości ponad 500.000.000 dolarów. Wśród nich pierwszą pozycję zajmą leki i zaopatrzenie szpitalne.

Niestety, mimo wielkich potrzeb Służby Zdrowia w Polsce, transporty UNRRA nie zawierają jeszcze najpotrzebniejszych rzeczy na potrzeby lecznictwa. Sprawność transportów okrętowych po wojnie zwiększa się, nie mniej jednak między zapotrzebowaniem, a zamagazynowaniem w kraju mija przeciętnie okres około 4 miesięcy. Dotychczasowe transporty leków szły przez Konstancę, obecnie polskie porty Gdynia i Gdańsk odbierać będą towary UNRRA na potrzeby Służby Zdrowia. Ministerstwo Zdrowia usprawniło kwestię zapotrzebowań UNRRA wchodząc w bezpośredni kontakt z przedstawicielem UNRRA dla spraw sanitarnych, Doktorem Holle.

Obecnie cały wysiłek wkłada się w usprawnienie transportu, zwiększenie ilości samochodów ciężarowych, aby leki, które nadejdą, nie czekały w magazynach, lecz natychmiast zostały rozprowadzone.

Rozładowanie i przyjmowanie sprzętu medycznego odbywa się przy udziale zaproszonych do kontroli przedstawicieli partii, organizacji społecznych i państwowych.

Dotychczas otrzymaliśmy przeważnie środki dezynfekcyjne i do walki z chorobami zakaźnymi. Niektóre leki jak np. tran oczekują jeszcze w magazynach na nadejście odpowiedniej pory (jesieni) do użytku pacjentów. Departament Farmaceutyczny Ministerstwa Zdrowia przydzielił w miesiącu sierpniu leki z transportów UNRRA następującym instytucjom: Wojsko Polskie, Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami, Spółdzielnia „UNIA" (do rozdziału dla aptek publ., funkcjonujących na terenach prowincjonalnych dla zaopatrzenia ludności wiejskiej), kliniki Uniwersyteckie, Państwowy Urząd Repatriacyjny, Korpus Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Miejska Składnica Materiałów Aptecznych w Warszawie, Ministerstwo Bezpieczeństwa Publicznego (Wojewódzkie Urzędy B. P. oraz Departament Więziennictwa i Obozów), Zakład Ubezpieczeń Społecznych w Łodzi, Ubezpieczalnia Społeczna w Warszawie, Państwowe Zakłady Higieny, Szpital dla zakaźnie chorych ul. Chocimska 5, Szpital Psychiatryczny w Drewnicy, Szpital Powiatowy w Działdowie, Szpital Tow. Zakładów Żyrardowskich, Wydział Wychowania Pozaszkolnego Min. Oświaty, Związek Walki Młodych, Zakład

Opiekuńczy im. Reymonta w Otwocku, Liga Szkolna Przeciwgruźlicza w Otwocku, Wydział Akcji Terenowej Referat Kolumn Epidemicznych, Wojewódzkie Wydziały Zdrowia (leki do walki z chorobami wenerycznymi).

Wraz z przybyciem nowych okrętów i transportów leki z UNRRA będą dochodzić wreszcie do rąk prywatnego konsumenta przez składnice farmaceutyczne i apteki.

POMOC POLONII KANADYJSKIEJ

Komitet Pomocy Polsce wysłał do kraju dwa kompletne urządzenia sal operacyjnych za cenę 75.000 dolarów wraz z kosztami transportu (wg. Dz. P. 26/9 45).

P. Johnston, przedstawiciel spraw zdrowia UNRRA, p. Hall kierownik wydziału zdrowia UNRRA i p. Bauer przedstawiciel fundacji Rockfellera i amerykańskiego Czerw. Krzyża przybyli do Warszawy celem naocznego przekonania się o potrzebach Polski. Działalność swoją rozpoczęli od zwiedzania zniszczonych wojną ośrodków zdrowia i szpitali w Warszawie (wg. Dz. P. 26/9 45).

DELEGACJA POLSKA W SZWAJCARJI

Delegacja polska na międzynarodowy zjazd poświęcony zagadnieniom opieki nad dzieckiem z prof. Michałowiczem na czele, spotkała się z bardzo serdecznym przyjęciem. Szwajcarsko-polski komitet pomocy wyzwolonej Polsce urządził przyjęcie dla delegacji, na którym obecni byli liczni przedstawiciele władz szwajcarskich oraz kół naukowych i artystycznych.

DELEGACJA SZWEDZKA W SPRAWIE POMOCY SANITARNEJ DLA POLSKI U MINISTRA ZDROWIA

W tych dniach przybyła do Polski Delegacja Szwedzka w osobach Pani Gety Rosen i Dr Nordwalla celem zorganizowania ambulatorium, szpitala i domu wypoczynkowego dla dzieci osłabionych i zagrożonych gruźlicą. Domy te mają być całkowicie ufundowane przez Szwedów, Ministerstwo Zdrowia natomiast daje od siebie plac pod budowę. Według pierwszych planów budowle te sprowadzone będą ze Szwecji wraz z całym urządzeniem, a mianowicie: z aparatami leczniczymi, narzędziami lekarskimi, łóżkami (ca 270), pościelą, bielizną szpitalną itp. oraz urządzeniami sanitarnymi. Szwedzi dają również pełny personel lekarski, pielęgniarski i pomocniczy. Część pielęgniarek rekrutować się będzie z Polek, które w czasie wojny przebywały w Szwecji i ukończyły tam specjalne kursy pielęgniarskie.

W najbliższym czasie przybędzie ze Szwecji wraz z Dr Nordwallem architekt szwedzki, który zajmie się nadzorem nad pracami przy stawianiu domów fundacyjnych.

Minister Zdrowia Dr Litwin wyraził serdeczną wdzięczność za okazaną pomoc w tak ciężkich chwilach dla Służby Zdrowia w Polsce. Specjalną troską Ministra jest zdrowie dziecka polskiego, tak że inicjatywa Delegacji Szwedzkiej nabiera u nas specjalnie na aktualności. Minister pokazał gościom różne plany przyszłych ambulatoriów i szpitali, które mają powstać w miastach i miasteczkach Polski, oraz plany ośrodków, które rozwiążą zagadnienie pomocy lekarskiej dla wsi.

Szwecja urządza również szpital i ambulatorium w połączeniu z Akademią Lekarską w Gdańsku oraz przewiduje zabranie do siebie polskich dzieci-kalek dla protezowania.

Podczas tygodniowego pobytu w Warszawie Delegacja Szwedzka zwiedziła wiele zakładów zamkniętych i otwartych, poświęconych zdrowiu dziecka Warszawy i okolicy.

DELEGACJA M. C. K. W WARSZAWIE

Do Warszawy przybyła Delegacja Międzynarodowego Czerwonego Krzyża przywożąc dary dla poszkodowanej cywilnej ludności polskiej. Dary te obejmują środki lecznicze, dezynfekcyjne i odzież łącznej wagi około 120 ton.

Na czele Delegacji stoją pp. Pfeniger, delegat Komisji Międzynarod. Czerwonego Krzyża w Genewie i dr A. Schnieper, Doradca Mieszanej Komisji Pomocy Międzynarodowego Czerwonego Krzyża.

Dary zostały przywiezione na 16 samochodach ciężarowych i przybyły do Warszawy po ośmiodniowej uciążliwej podróży. Obecnie rozładowuje się je w składnicach Zarządu Głównego Polskiego Czerwonego Krzyża, po czym zostaną rozdzielone wg. specjalnego klucza na wszystkie Okręgi Polskiego Czerwonego Krzyża.

Delegaci Międzynarodowego Czerwonego Krzyża odbyli szereg konferencji z p. Prezesem Polskiego Czerwonego Krzyża Ludwikiem Christiansem i z Zarządem Głównym PCK., jak również z p. Wiceministrem Administracji Publicznej Wł. Wolskim, celem ustalenia wytycznych dalszej współpracy dla jak najwydatniejszego przyjścia z pomocą naszemu społeczeństwu, jak również Polakom przebywającym jeszcze na terenie Szwajcarii. (K. C. 1. X. 1945).

ODEZWA!

Do Koleżanek i Kolegów!

Sześć lat ubiegłych przerzedziło nasze szeregi. Straty wśród lekarzy sięgają połowy przedwojennego stanu liczebnego. Śmierć ojców osierociła liczne rodziny. Brak środków do życia, niemożność znalezienia pracy, bądź to z powodu posuniętego wieku, bądź to z powodu przewlekłych schorzeń i wyniszczenia ustroju, powodują, że setki członków rodzin lekarskich pozostaje w nędzy, bez mieszkań, bez możności utrzymania dzieci. Tragedia Warszawy spowodowała, że los wielu rodzin lekarskich, pozbawionych dachu nad głową i najprostszego mienia — stał się nie tylko pożałowania godny, ale wprost straszny, a dla nas, mogących pracować i utrzymywać swe rodziny, niezmiernie bolesny.

Podobny los dotyka również wielu lekarzy repatriantów. Musimy dalej zwrócić uwagę na trudne warunki walki o byt młodych lekarzy, którzy spełniając sumiennie obowiązki wykształcenia praktycznego, znajdują się w ciężkich warunkach życiowych. Pobory ich, za długie godziny wykonywania ciężkich obowiązków lekarza są tak nizkie, że niemal iluzoryczne.

Ten bynajmniej nie przejaskrawiony stan dzisiejszy setek wdów, sierot niezdolnych do pracy i schorzałych Kolegów, — nakłada na świat lekarski poważne obowiązki Nie tylko solidarność zawodowa, ale głos sumienia nakazuje nam w tych ciężkich chwilach przyjść im z pomocą w walce o zdobycie środków do życia i pracy, jak również i dać pomoc w chorobie.

Zarząd Związku Zawodowego Lekarzy R. P — okręg Kraków — powołał do życia sekcję Pań, w skład której wchodzą żony naszych Kolegów i Koleżanki Lekarki — celem zorganizowania pomocy dla naszych nieszczęśliwych Kolegów i ich rodzin. Pomoc musi być szybka, dostateczna i trwała, aby mogła być wydatną i skuteczną i żeby mogła ulżyć ich cierpieniom i poprawić ich trudne, a nawet rozpaczliwe położenie.

Imieniem Zarządu Zw. Zaw. Lekarzy R. P. — Okręg Kraków — zwracamy się z gorącym apelem do wszystkich Koleżanek i Kolegów — Lekarzy — aby nie odmówili swego udziału w naszej akcji i przyszli z pomocą, i tej pomocy nie odmawiali przez czas potrzebny na poprawę losu Kolegów i ich rodzin. Prosimy uprzejmie o zadeklarowanie swej pomocy Paniom, które wzięły na siebie obowiązek ulżenia doli Kolegów i ich rodzin, Kolegów, którzy wskutek tragicznego zrządzenia losu dziś potrzebują pomocy.

Pomocy tej nie wolno nam odmówić!

Zarząd Związku Zawodowego Lekarzy R. P.
Sekcja Samopomocy Pań.

Kraków, dn. 28. IX. 1945 r.

SPROSTOWANIE

W Nrze 1. na str. 15 szp. 2 wiersz 25 od dołu zamiast „uzdrojowiskach" powinno być „uzdrowiskach".

W Nrze 2 na str. 5 (poprawionej 25) szp. 2 wiersz 13 od dołu zamiast *linimentum contra combustionis* powinno być *linimentum contra combustionem.*

W Nrze 3/4 na str. 65 szp. 2 wiersz 20 od dołu zamiast *reticulosis plazmacellulare maniphesta* powinno być *reticulosis plasmocellularis manifesta.*

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

KSIĄŻKI:

PIELĘGNOWANIE NIEMOWLĄT

Dr Jan Gołąb — Dr Emil Szinagel. Przewodnik dla matek i pielęgniarek, nakł. wyd. „Promień". — Kraków 1945, str. 204, ilustr. 57, skład gł. Księg. Powszechnej. Kraków, Rynek Gł. 41.

„Co 3 minuty rodziło się w Polsce 1 dziecko, co 12 minut umierało... Ginęła u nas jedna czwarta dzieci w pierwszym roku życia..." przypomina Autor w przedmowie katastrofalną statystykę śmiertelności niemowląt z okresu przedwojennego. — Jakże zapobiegać jeszcze większemu niebezpieczeństwu, które grozi naszej sile demograficznej po niszczycielskiej inwazji niemieckiej — pytamy my, których barki obciąża dziejowa odpowiedzialność za życie i zdrowie nadchodzącego pokolenia? Skromną, a trafną odpowiedź znajdziemy w książce. Jeśli matki przyswoją sobie jej treść pełną społecznych, ciepłych akcentów, przejrzystą, dostępną, pełną wartościowych objaśnień, drogowskazów i rycin i jeżeli pouczenia te będą rzeczywiście stosować, nie wiele trzeba będzie dodać, aby ten najbardziej nowoczesny dział medycyny społecznej, jakim jest opieka nad niemowlętami zatryumfował tam, gdzie jest jego najwazniejsze pole działania, to jest nad kolebką dziecka.

Przewodnik jest niezbędny zarówno dla matek i pielęgniarek, jak i dla lekarzy. Z praktyki wiadomo, że pouczanie nieuświadomionych matek — a takich jest przygniatająca większość — stanowi jeden z najtrudniejszych i najwięcej czasu pochłaniających obowiązków ordynującego lekarza. Matki zasłuchane w płacz badanego dziecka, obałamucone poradami sąsiadek, ciotek i babek, wprowadzane w błąd handlowym reklamiarstwem, pełne przesądów i uprzedzeń — ledwie jednym uchem chwytają słowa pouczenia lekarskiego w czasie godziny przyjęć. Już po wyjściu nie wiele zeń pamiętają, a w domu zapominają resztę. W masowym lecznictwie społecznym pobieżne z konieczności pouczenia lekarskie idą jeszcze bardziej na marne. I tu zaczyna się rola popularnej, a zarazem w duchu nowoczesnej pedjatrji opracowanej książki. Zastępuje ona lekarza. Prowadzi jego dzieło dalej. Poucza, przypomina, upomina, wskazuje właściwą drogę, przeciwdziała. Krótkie pouczenie w czasie ordynacji, wskazanie na odpowiednie ustępy przewodnika, krótki egzamin przy następnej poradzie — oto zda się najodpowiedniejsza droga do celu.

A wieś? Ta wieś wierząca głęboko w znachorów, pogrążona najczęściej pod względem kultury zdrowia w mrokach średniowiecza? Czyż nie powinien trafić pod strzechy popularny ten przewodnik, który ułatwiać będzie lekarzowi przebijanie gęstych mroków nieuświadomienia, z jakim toczy codziennie ostrą walkę?

Układ książki jest bardzo trafny. Całokształt opieki nad dzieckiem przed urodzeniem, zachowanie się matki w okresie ciąży, przygotowanie do aktu urodzin. Najniezbędniejsze wiadomości o noworodku, o rozwoju i pielęgnacji oseska, a następnie o dalszym rozwoju niemowlęcia. Najbogaciej przedstawiony rozdział naturalnego i sztucznego odżywiania niemowląt. Dział, w którym matki bodaj że najwięcej popełniają błędów. Następnie rozdział o mleku i sztucznych mieszankach, które w rękach nieuświadomionej matki wyrządzić mogą więcej szkody niż przynieść pożytku. Hartowanie dziecka, ćwiczenia fizyczne. Wreszcie „dziecko chore". Najważniejsze zabiegi domowe. Czynności pomocnicze i przygotowawcze do badania lekarskiego. Przegląd najważniejszycg chorób wieku niemowlęcego. Na końcu dział opieki społecznej nad matką i dzieckiem, opis przychodni i jej działalności, wskazówki dla pielęgniarek. Krótki przegląd ustawodawstwa.

Książka wypełnia dokliwy brak, jaki istniał dotychczas w praktycznych wydawnictwach mających na celu zapobieganie śmiertelności niemowląt. Zalecić ją można gorąco każdej matce i każdemu lekarzowi. Dla tego ostatniego stanowi ona jakby ramię przedłużające jego działalność aż do domu matki i dziecka. *Dr J. Hozer.*

CZASOPISMA:

NOWINY LEKARSKIE, z. 7—8 (1—15 września 1945). Treść: Różycki Stefan: Gdańska Akademia Lekarska. — Goldschmied Aleksander: Ważniejsze dane dotyczące przebiegu klinicznego i leczenia brucellozy. — Hajek Włodzimierz: Leczenie ran wojennych. — Modrzejewski F.: Witaminy w świetle badań ostatnich lat. — Spiss Maria: Rola lekarza w Polsce powojennej. — Dział informacyjny.

NA WZNOWIENIE „PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO" ZŁOŻYLI:

500 zł

Dr Zych Gustaw — z Charsznicy.

300 zł

Dr Bernacki Mieczysław — z Połaniec.
Dr Gerhard Andrzej — z Krakowa.

200 zł

Dr Koper Stefan z Kopszywnicy, Dr Radło Marian, Dr Stawniak Stanisław, Dr Sobolewski Wincenty — z Sandomierza.

150 zł

Dr Marecki Kazimierz — z Zawichosta, Dr Zarodziński Marian — z Kopszywnicy.

100 zł

Dr K. Budzyński — z Krakowa, Dr Schinzel Zygmunt, Dr Tkacz Aleksy, Dr Mandenow Leon — z Sandomierza, Dr Niewirowicz Stefa, Dr Płaczkowski Dyonizy i Dr Łoś Mikołaj — ze Staszowa. Dr Różański Franciszek, Dr Ziemnowicz Władysław, Dr Przybyszowski Franciszek — z Jasła, Dr Szubarga Józef — z Dębowca, Dr Geroch Jan — z Niegłowic, Dr Paczowski Zbigniew — z Kołaczyc, Dr Borkowski Wiktor — ze Skołyszyna, Dr Świerczek Stanisław — z Szeszyn, Dr Majewski Jan — z Brzostka, Dr Leja Edward — z Jodłowej, Dr Lisikiewicz Tadeusz — z Osieka, Dr Zawisza Antoni — ze Żmigroda. Dr Banaś, Ciesielski, Kopczyński, Bosacki, Erben, Wietrzny — z pow. wadowickiego. Dr Cybulski Teodor sen. i jun., Dr Doganowski Sergiusz, Dr Kopacz Tadeusz i Dr Kopaczowa Helena, Dr Szopska Izabella, Dr Olszewski Zdzisław, Dr Golanowska Waleria — z Rabki, Dr Knapczyk Andrzej — z Księża Wk., Dr Leśkiewicz Mirosław — z Charsznicy, Dr Pietruszewski Jerzy — z Miechowa.

Dr St. Ogonowski — z Mariampola
Dr Kilar Jan — z Rzeszowa

Sprostowanie:

W Nr 3 str. 76 w liście ofiarodawców z pow. Myślenice ma być zamiast „Dr Wydrowicz Józef, Łutkowice" — Dr Wachowicz Józef - Sułkowice.

Rok I Seria II Kraków Nr 7 (1 października 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja: Kraków, Krupnicza 11a m. 11 Tel. 543-16 Konto P. K. O. Nr IV-310

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie Redaktor odpowiedzialny: dr J. Hozer

Rok I Seria II Kraków Nr 7 (1 października 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11a m. 11
Tel. 543-16
Konto P. K. O. Nr IV-310

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie Redaktor odpowiedzialny: Dr J. Hozer

Profesorowi Doktorowi
STANISŁAWOWI CIECHANOWSKIEMU,
wielkiemu krzewicielowi piśmiennictwa lekarskiego polskiego wyrazy głębokiej wdzięczności i czci składa

Redakcja „Przeglądu Lekarskiego"

STANISŁAW CIECHANOWSKI

W chwili kiedy święcimy święto pojawienia się pierwszych numerów odrodzonego „Przeglądu Lekarskiego" odchodzi od nas Ten, którego nazwisko było przez szereg lat ściśle związane z wydawnictwem polskich czasopism lekarskich. Dnia 10 sierpnia zmarł profesor Stanisław Ciechanowski.

Profesor Stanisław Witalis Ciechanowski urodził się w Krakowie 28 kwietnia 1869 roku. Tutaj studiował medycynę, tutaj pracował jako asystent profesora Browicza i habilitował się z zakresu anatomii patologicznej w roku 1897. Mimo iż nazwisko jego cieszyło się niezmierną popularnością we wszystkich polskich środowiskach uniwersyteckich zawsze jednak najściślej było związane z Krakowem, który był głównym terenem jego działalności i który nad wszystkie inne miasta ukochał. Na studia naukowe wyjeżdżał profesor Ciechanowski do Paryża a potem do Wiednia. W roku 1900 uzyskał tytuł profesora nadzwyczajnego, profesora zwyczajnego w roku 1912. Od roku 1919 był kierownikiem Zakładu anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. W czasie swej profesury był trzykrotnie dziekanem wydziału lekarskiego.

Spuścizna naukowa profesora Ciechanowskiego obejmuje z górą 80 prac z dziedziny anatomii patologicznej. Jego praca dotycząca przerostu gruczołu krokowego była wielokrotnie tłomaczona na obce języki i dzięki tej pracy nazwisko jego było znane nie tylko w Europie, ale także na terenie Ameryki.

Jeden z dużych działów jego pracy stanowią badania nowotworów głównie doświadczalnych, wywołanych działaniem smoły pogazowej i jej pochodnych. Profesor Ciechanowski częściowo sam, częściowo wspólnie ze swymi uczniami badał wpływ dodatkowych czynników drażniących oraz znaczenie budowy skóry dla powstawania i rozwoju nowotworów posmołowych u królików, dalej wpływ czynników hormonalnych na przebieg rakowacenia i wreszcie rakotwórcze działanie syntetycznych węglowodorów. Pod jego kierunkiem rozpoczęte badania nad powstawaniem nowotworów pod wpływem działania promieni pozafiołkowych doprowadziły do pozytywnych wyników, ponieważ zdołano wywołać typowe nowotwory u zwierząt naświetlanych lampą kwarcową. Jeszcze w ostatnich tygodniach swego życia zdołał profesor Ciechanowski przedstawić Polskiej Akademii Umiejętności na szeroką skalę zakreślone badania statystyczne nowotworów, oparte na sekcjach, przeprowadzanych w krakowskim Zakładzie anatomii patologicznej w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat. Dużo pracy poświęcał Profesor Ciechanowski badaniom endemij wola i matołectwa w Małopolsce; część wyników tych badań była przedstawiana na Zjeździe Lekarzy słowiańskich w Poznaniu w roku 1934. Tematem jego dociekań naukowych była również kilkakrotnie ziarnica złośliwa i gruźlica. Również i schorzenia naczyń były wielokrotnie badane przez niego samego i wychodzących

z jego szkoły uczniów. Trudno zresztą w ramach krótkiego pośmiertnego wspomnienia uwzględnić wszystkie zagadnienia. którymi zajmował się przez przeciąg swego pracowitego życia, zagadnienia, które zawsze głęboko ujmował i jakże rozważne a ostrożne z nich wnioski wysnuwał.

Poza pracami ściśle naukowymi pozostawił po sobie profesor Ciechanowski kilkadziesiąt publikacji z zakresu higieny społecznej.

Olbrzymie zasługi, za które szczególną wdzięcznością winien otoczyć jego imię cały świat lekarski polski, to jego działalność wydawnicza. W latach 1905—1919 był głównym redaktorem Przeglądu Lekarskiego a po złączeniu się wydawnictw Towarzystw lekarskich w Polską Gazetę Lekarską był jej współredaktorem aż do chwili wybuchu wojny w roku 1939. Założył i redagował wspólnie z Brudzińskim Polski Przegląd Pediatryczny, wspólnie z Rosnerem I Tom wydawnictwa Towarzystwa Ginekologicznego Polskiego. Był redaktorem wydawnictw b. Akademii Nauk Lekarskich w Warszawie w latach 1920—1923, Od roku 1930 był sekretarzem wydziału IV Polskiej Akademii Umiejętności i redaktorem jej lekarskich wydawnictw. Wreszcie założył i redagował Rocznik lekarski. Jako redaktorowi Wydawnictw Lekarskich Pol. Akademii Umiejętności przechodziły przez ręce podręczniki lekarskie, dość wspomnieć podręcznik anatomii opisowej Bochenka opracowany i uzupełniony przez niego.

Rzadko kto tak dobrze jak profesor Ciechanowski rozumiał potrzeby społeczeństwa na terenie zdrowia publicznego. Był gorącym propagatorem wychowania fizycznego; na terenie Krakowa zorganizował roczne Kursa Wychowania Fizycznego a po zwinięciu kursów stworzył 3 letnie Uniwersyteckie Studium Wychowania Fizycznego przy Wydziale Lekarskim U. J. w Krakowie.

Od roku 1912 był członkiem wszystkich Rad Zdrowia przy naczelnych władzach w Małopolsce a potem w Polsce odrodzonej przy ministerstwach w Warszawie. Od roku 1927 był stałym członkiem Rady Naukowej Wychowania fizycznego przy Ministerstwie Spraw Wojskowych w Warszawie., był dalej członkiem „Rady przy Dyrektorze“ w Centralnym Instytucie Wychowania Fizycznego w Warszawie. Jako wiceprezes a potem prezes Towarzystwa Kolonii Wakacyjnych dla uczniów szkół średnich doprowadził do budowy nowego budynku kolonii w Porębie Wielkiej, zaś jako członek Komitetu Budowy Domu Medyków przyczynił się w głównej mierze do urzeczywistnienia budowy „Domu Medyków“ w Krakowie. Pracował intenzywnie na terenie Towarzystwa dla walki z gruźlicą, Towarzystwa Higienicznego w Krakowie, na terenie organizacji Związku Harcerstwa Polskiego. W latach wojennych 1915—1917 zorganizował i przewodniczył Komisji dla walki z chorobami wenerycznymi w Małopolsce.

Szczególną miłością darzył profesor Ciechanowski młodzież medyczną. O jego ustosunkowaniu się do pracy dydaktycznej może świadczyć następujący fakt: Kiedyś, kilka lat przed wojną w czasie jednego z międzyzakładowych posiedzeń naukowych wspomniałam coś o „balaście“ pedagogicznym pochłaniającym znaczną ilość czasu, mogącego być wyzyskanym dla badań naukowych. Profesor żachnął się wtedy i długie potem godziny poświęcił aby mnie „nawrócić“ i przekonać o ważności pracy pedagogicznej. Sam mimo ogromnej łatwości słowa i dużej rutyny profesora wykładającego ponad lat czterdzieści nigdy nie lekceważył najprostszego wykładu i przygotowywał się do niego. Jeszcze w roku 1938 po skończonym wykładzie zawsze się nas pytał czy wykład był jasny i czy młodzież mogła wszystko zrozumieć. Już od czasów studenckich brał żywy udział w życiu organizacyjnym młodzieży, był członkiem Chóru Akademickiego a potem kuratorem tego Chóru.

Wszystkie jego poczynania zwłaszcza na terenie społecznym cechował ogromny talent organizacyjny i tylko to tłomaczy fakt jak mógł podołać pracy w tak rozmaitych dziedzinach i na tak szeroką skalę zakreślonych. Mimo posuwania się lat jego poglądy były zawsze nowoczesne i szerokie, wszelkie jego rozumowania cechowała jasność konstrukcji myślowej.

Był człowiekiem o nieskazitelnym charakterze i bardzo cenił sobie godność profesora uniwersytetu. Przede wszystkim jednak był człowiekiem dobrym i miał niezmiernie humanitarne, życzliwe podejście do ludzi. Przez piętnaście lat bardzo bliskiej z Nim współpracy nie słyszałam o nikim żadnej złośliwej uwagi, mimo iż byli ludzie, których nie lubił. Kochał bardzo muzykę i w ogóle miał duże zainteresowanie artystyczne i literackie. Był nie tylko przez całe swoje życie dobrym Polakiem ale i mądrym Polakiem, dla jego pojęcia polskości nie było kordonów, zawsze utrzymywał żywy kontakt z całym polskim światem lekarskim z pod trzech zaborów a prócz tego z Polakami z Petersburga, z Polakami z Ameryki. Zwłaszcza na terenie Ameryki cieszył się dużą popularnością, otrzymywał np. stamtąd zawsze życzenia noworoczne i świąteczne.

Już za życia spotykało go uznanie, dość spojrzeć na długą listę tytułów i odznaczeń naukowych. Ale lepiej może od wszelkich odznaczeń i tytułów charakteryzuje go przywiązanie jakie zdołał wzbudzić w swoich współpracownikach.

Odznaczenia Prof. Dr St. Ciechanowskiego:

Dr wszech nauk lekarskich, profesor anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, kierownik zakładu anatomii patologicznej, czynny członek Polskiej Akademii Umiejętności i sekretarz jej wydziału lekarskiego, czynny członek Towarzystwa Naukowego Warszawskiego i Naukowego Towarzystwa Pedagogicznego, członek honorowy Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu, Towarzystw Lekarskich w Krakowie, Lwowie, Wilnie, Lublinie, Łodzi, Częstochowie, Kaliszu, Druskiennikach, Towarzystwa Higieniczego i Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Warszawie, Towarzystwa Balneologicznego Spolku Českych Lekaru w Pradze, Członek Państwowej Rady Naukowej Wychowania Fizycznego i Naczelnej Państwowej Rady Zdrowia Publicznego, Kawaler Krzyża Komandorskiego orderu Odrodzenia Polski, Odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi, Członek zwyczajny Naukowego Towarzystwa Pedagogicznego, b. członek b. Akademii Nauk Lekarskich w Warszawie od roku 1920, b. członek Państwo-

wej Komisji Egzaminacyjnej dla nauczycieli szkół średnich (od roku 1921), członek honorowy b. Towarzystwa Lekarzy Polskich w Petersburgu, b. Prezes Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego w 1917 roku, b. Przewodniczący XII (pierwszego w wolnej Polsce) ogólnego Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Warszawie w roku 1925 i. b. prezes Stałej Delegacji tych Zjazdów, b. członek Rady Szkolnej Krajowej we Lwowie i Rady Szkolnej Miejskiej w Krakowie. *Doc. dr Janina Kowalczykowa*

PRACE ORYGINALNE

Prof. dr KSAWERY LEWKOWICZ Kraków

Choroba gruźliczo-gośćcowa

Z Kliniki dziecięcej Uniwersytetu Jagiellońskiego
(dokończenie)

12. Gruźlica i jej podział na okresy

Omówiliśmy już (r. 9 i 10) warunki, w jakich się tworzy zespół pierwotny (okres I-y Rankego), a prócz tego poznaliśmy (r. 11. a-e) posocznice gruźliczo-gośćcowe, w przebiegu których powstaje tak silne uodpornienie, że prątki przechodzą w kokkoidy, a w narządach powstają zmiany gośćcowe. Była już także mowa (r. 7.) o stosunkach wzajemnego wyłączania się spraw gośćcowych i gruźlicy. Nie stanowią one jednak niczego bezwzględnego, ani zasadniczego, gdyż polegają jedynie na różnicach w zdolności odczynowej ustroju, a ta pod wpływem różnych czynników zewnętrznych i wewnętrznych ulegać może — niekiedy nawet w krótkim czasie — głębokim zmianom.

Ze strony anatomicznej otrzymaliśmy świeżo ważne potwierdzenie tego ścisłego związku, jaki istnieje między gośćcem, a gruźlicą, przez wyniki badań Japończyka Masugiego. Przeprowadził on dowód, że zarówno guzki Aschoffowskie, jak „włóknikowate" napęcznienie tkanki łącznej, w szczególności zaś typowe i znamienne zmiany naczyń wieńcowych serca w zupełnie tym samym rodzaju jak w gośćcu stawowym można stwierdzać u takich ludzi, którzy zmarli na gruźlicę płucną. Ale nawet takie fakty można opacznie tłumaczyć, gdy się wyjdzie z błędnych założeń. Klinge (b 25) wysnuwa z nich mianowicie wniosek, że upada w ten sposób raz na zawsze główny argument patologicznej anatomii na poparcie swoistości gośćca jako choroby o osobnym, nieznanym dotąd zarazku (wirusie), a w innym miejscu mówi (c 177): „W jaki inny sposób chce się tłumaczyć częste występowanie ‚swoistych' gośćcowych guzków w mięśniu sercowym przy gruźlicy płucnej (Masugi, wielokrotnie potwierdzony), jeżeli nie myśli się syntetycznie i nie ocenia równego odczynu tkankowego przy różnych zakażeniach (gośćce, płonica, gruźlica) jako wyrazu wkraczającego równego — alergicznego — położenia odczynowego?".

Jak widzimy Klinge nie zmienił swego dawnego stanowiska (a, s. 254, 255, 277, 296, 303) i sądzi w dalszym ciągu, że najrozmaitsze antygeny, a więc nie tylko zarazki żywe lub zabite, ale nawet obce białka (s. 248, 250, 251, 280) mogą przez wywoływanie odczynów hiperergicznych sprowadzać prawdziwe zmiany gośćcowe, jeżeli tylko organizm jest na te antygeny uczulony.

Wobec tego, że gruźlica i gościec stanowią właściwie w moim pojmowaniu jedną i tę samą chorobę i tym samym co do nich istnieje to „inne" tłumaczenie, którego możliwość wydaje się Klingemu nieprawdopodobną (p. r. 13), wypada mi tylko dodać, że płonica ma chyba niewątpliwie w powstawaniu gośćca w zasadzie takie same, ale być może nawet głębiej sięgające znaczenie, co zwykłe zapalenie gardła. Znaczy to, że u zakażonego gruźlicą osobnika obniża ona uodpornienie, rozbudza uśpione ogniska zespołowe i w ten sposób doprowadza do wybuchu posocznicy gruźliczo-gośćcowej. Przypomnę, że wzięty przeze mnie za podstawę opisu zakażenia gośćcowego przypadek 127/37 (L. p, r, s) rozwinął się w bezpośredniej łączności z płonicą, a przebiegał jako typowe gośćcowe, kilkakrotnie wznawiające się zapalenie serca.

Podstawy teorii Rankego — mianowicie pojmowanie choroby gruźliczej jako jednej cyklicznie przebiegającej sprawy — są, jak to na innym miejscu starałem się obszerniej udowodnić (L. i), niewątpliwie z gruntu błędne. Jeżeli się jednak jego podział tej choroby na trzy okresy, mimo wszelkich stawianych mu zarzutów, dotąd utrzymał, to dlatego, że przebieg sprawy — przy braniu pod uwagę tylko zmian typowo gruźliczych — w znacznej liczbie przypadków z tym schematem daje się pogodzić. Należy się zatem zastanowić, jak to z naszego punktu widzenia można tłumaczyć.

Choroba gruźlicza powstaje w ten sposób, że po zakażeniu wytwarza się w miejscu wtargnięcia zarazka i w przynależnych gałkach chłonnych zespół pierwotny, a równocześnie rozwija się korzystnie kończąca się posocznica prątkowo-kokkoidowa, w przebiegu której następuje wprawdzie wysokie uodpornienie ustroju i w związku z tym zahamowanie dalszego wzrostu zmian zespołowych, ale osiągnięte uodpornienie nie jest bynajmniej trwałe, a w serze zmian zespołowych pozostają żywe i zjadliwe prątki. Ze zmian tych zatem wychodzą później skutkiem endogenetycznych reinfekcyj nowe posocznice, jak tylko uodpornienie ustroju obniży się do wartości podprogowych. Otóż posocznice te wyjątkowo tylko — mianowicie w przypadkach powtarzającego się kilkakrotnie rumienia sińcowatego i do pewnego stopnia w przypadkach ostro i korzystnie przebiegającego gośćca (te dwie postacie choroby łączą się zresztą ze sobą niejednokrotnie) — przypominają posocznice początkową z jej szybko rozwijającym się, a niezwykle wysokim uodpornieniem oraz — przynajmniej w przypadkach z wysypką rumieniową — równie silnym uczuleniem, znajdującym dobitny wyraz w hiperergicznych odczynach tkanek i w wynikach prób tuberkulinowych. Przeważnie

jednak oddziaływanie ustroju na powtarzające się posocznice stopniowo się zmienia na coraz mniej korzystne.

U dzieci małych, często od początku niezdolnych do szybkiego i wydatnego uodporniania się, ta zmiana w oddziaływaniu ustroju na zakażenie — przyjęliśmy ją także w spostrzeżeniu Pagelowskim (r. 4) — występuje niejednokrotnie bardzo rychło. Jeżeli nie posocznica początkowa, to jedna z pierwszych popoczątkowych zachowuje mianowicie do końca charakter prątkowy i prowadzi do gruboogniskowej gruźlicy ogólnej, rozwijającej się przeważnie w bliskiej łączności z zespołem pierwotnym.

U dzieci starszych, uodporniających się sprawnie, ten wczesny drugorzędny okres jest przeważnie wolny od objawów, a jeżeli w ogóle, to dopiero w okresie późniejszym może przyjść do ogólnej gruźlicy prosówkowej. Ustrój nie osiąga wprawdzie w tych przypadkach w przebiegu posocznicy uodpornienia tak silnego, żeby jego następstwem było przeprowadzenie prątków w kokkoidy i niedopuszczenie do powstania zmian gruźliczych, ale przecież na tyle znaczne, że prątki mnożące się poprzednio swobodnie, czy to we krwi bieżącej, czy w komórkach układu siateczkowo-śródbłonkowego zostają osadzone w tkankach, po czym naokoło każdego takiego przerzutu tworzy się ubogi w prątki, wytwórczy, później w danym razie bliznowaciejący gruzełek.

Przy gorszym uodpornieniu mogą gruzełki zawierać liczne prątki, mogą też mieć cechy więcej wysiękowe, być gorzej odgraniczone i być otoczone mniej lub więcej silnym zapaleniem obocznym.

Zapalenie to jest wyrazem znacznego uczulenia na jady, które ma być według Rankego (s. 182, 192) cechą alergii II. Jady musiałyby być wytwarzane w gruzełkach drogą częściowej bakteriolizy — do której powstania konieczny jest pewien stopień uodpornienia — i przesiąkać w otoczenie. Mylne jest jednak przypuszczenie Rankego, jakoby uczulenie to miało się utrzymywać w okresie II-im stale na wysokim poziomie. Na przypadkach rumienia guzowatego — przez użycie różnych rozcieńczeń tuberkuliny i stosowanie ich śródskórne — można się łatwo przekonać, jak szybko to uczulenie opada po przebyciu choroby, a przy następnych wznowach znów się podnosi.

Zupełnie typowe, drobne, ubogie w prątki i szybko bliznowaciejące gruzełki mogą także wystąpić w różnych narządach w bardzo nieznacznej tylko liczbie. Huebschmann (s. 180) niesłusznie przypuszcza, że powstają one pod koniec życia, gdyż podobne gruzełki widujemy w skórze jako tuberkulidy także u dzieci nie znajdujących się wcale w stanie rozpaczliwym. Myli się także Huebschmann (s. 32, 47, 56) przytaczając zapalenie gruźlicze opon jako przykład krwiopochodnej, ograniczającej się do pewnego narządu prosówki. Z moich badań (L. c, d) wynika bowiem, że choroba ta powstaje przez rozsiew kanalikowy, wychodzący z odosobnionych gruzełków — one tylko są krwiopochodne — które wytworzyły się w splotach naczyniastych, a które następnie rozpadają się — do sprowadzenia tego rozpadu przyczynia się niewątpliwie znacznie macerujące działanie płynu mózgowo-rdzeniowego — i uwalniają w ten sposób zawarte w nich prątki, płyn zaś unosi prątki z komór mózgowych i wysiewa na oponach, gdyż na ich powierzchni odbywa się jego wsysanie. Okazuje się z tego, jak doniosłe znaczenie może mieć pewne umiejscowienie gruzełków, choćby zupełnie nielicznych, czy nawet pojedynczych i w innych warunkach skłonnych do bliznowacenia.

Powstawanie tych nielicznych, przeważnie wytwórczych gruzełków należałoby moim zdaniem tłumaczyć w ten sposób, że w tych przypadkach posocznica prawie całkowicie z prątkowej przechodzi w kokkoidową, a więc prowadzi do zmian gośćcowych, utrzymują się jednak mimo to nieliczne zarazki jako prątki i one doprowadzają do powstawania gruzełków. Wskazywałby na to mój wyżej (r. 11. b i e) przytoczony przypadek „wszechgruźlicy zapalnej" (L. n, o). Zmarł on na ostre ogólne zakażenie gośćcowe, zaś 22 miesiące poprzednio przebył rumień sińcowaty. Otóż na przekroju lewej jego nerki znaleziono jeden białawy włóknisty gruzełek, a trzy podobne stwierdzono w torebce wątrobowej. Nie wydaje mi się prawdopodobne, żeby się one miały wytworzyć w przebiegu osobnej, bardzo skąpej w gruzełki prosówki. Należy wobec tego przyjąć, że wytworzyły się w przebiegu rumienia guzowatego. Na poparcie tego twierdzenia można przytoczyć fakt, że chodziło o rumień popoczątkowy, który na ogół słabiej uodpornia niż początkowy i że we krwi chorego stwierdzono wówczas obecność prątków prostym doświadczeniem na śwince morskiej, tj. bez stosowania pasaży.

W innym przypadku u dziewczynki 8-letniej w 7 miesięcy po rumieniu sińcowatym wystąpiły równocześnie żółtaczka „nieżytowa", której podłoże anatomiczne stanowi gośćcowe zapalenie wątroby, i zapalenie gruźlicze opon, mające źródło w rozpadzie gruzełków splotowych (p. w.).

Jeszcze jaśniej związek czasowy spraw przedstawia się w następującym przypadku. U $^1/_2$-rocznego dziecka z zapaleniem gruźliczym opon stwierdzam objawy niedomykalności zastawki 2-dzielnej (szmer skurczowy, słyszalny także z tyłu klatki piersiowej). W odpowiedzi na moje dopytywanie się dowiaduję się, że dziecko na 3 tygodnie przed wystąpieniem objawów oponowych skarżyło się przez parę dni na bóle w kolanach. W tym czasie więc musiała się toczyć sprawa gośćcowa także w sercu, a równocześnie powstały w całym ustroju skąpe rozsiane gruzełki. Były między nimi także gruzełki splotowe i ich to rozpad sprowadził w 3 tygodnie później zapalenie opon. Zupełnie podobny przypadek opisują Dutrey i Velluz u żołnierza: uogólnione bóle mięśniowe, nieznaczne zapalenie opłucnej i nagle powstałe obrzmienia stawów; w 10 dni później śmiertelne zapalenie opon.

Jakie trudności nasuwały się dotąd w tłumaczeniu takich przypadków, poucza przykład Findlaya (s. 33). Autor ten w rozdziale zatytułowanym „Zakażenie wrzekomo-gośćcowe" — powołując się na Ponceta i jego pojęcie gośćca gruźliczego — podnosi, że w gruźlicy (a także wrzekomo i w kile) może się zdarzać podostre zapalenie wielostawowe, naśladujące do złudzenia zapalenie gośćcowe. Prowadzić to może do omyłek rozpoznawczych, jak to miało się zdarzyć w następującym przypadku dotyczącym

chłopca 9-letniego. W przebiegu tej sprawy można odróżnić następujące odcinki: 1) Typowy gorączkowy gościec stawowy, oddziałujący dobrze na salicylany; trwanie 7 tygodni. 2) 5-tygodniowy stan zdrowia, w którym ozdrowieniec chodził do szkoły. 3) 5-tygodniowa wznowa gośćca, w czasie której bóle przelatywały ze stawu na staw. 4) Dołączenie się do tego duszności, kaszlu i bólu w boku prawym, 1 tydzień. 5) 2-dniowy odcinek przedśmiertny, w którym wystąpiły nagle nieprzytomność, sztywność karku, zez zbieżny i tętno podnoszące się do 136. Nakłucia lędźwiowego nie wykonano. Badanie pośmiertne wykazało gruźlicze zapalenia opłucnej, osierdzia i opon. Autor w jednym szczególe rzeczywiście się mylił, mianowicie gdy w 5-ym odcinku przyjmował „gościec mózgowy“, chodziło wtedy bowiem o końcowy okres zapalenia gruźliczego opon, którego dwa pierwsze okresy zamaskowane były innymi objawami, a którego początek należy przyjąć na $2^1/_2$ tygodnia przed śmiercią, tj. w jakie 4 tygodnie po początku 3-go odcinka. Pierwotne rozpoznanie autora, że w 1-ym i 3-im odcinku chodziło o zwykły gościec należy jednak przeciwnie uznać za słuszne. Między tymi dwoma gośćcami zachodzi co prawda ważna różnica. Gościec 1-go odcinka należy uważać za czysty, skończył się przecież wyleczeniem, tymczasem gościec 3-go odcinka musiał być połączony z wysiewem pewnej liczby gruzełków, co w 4 tygodnie później doprowadziło do powstania zapalenia opon.

W związku z tym jeszcze jeden szczegół zasługuje na uwagę. W osadzie z płynu mózgowo-rdzeniowego uzyskanego przez nakłucie lędźwiowe w niektórych przypadkach zapalenia gruźliczego opon zdarza się widywać obok prątków typowych względnie liczne postacie przejściowe do kokkoidów, mianowicie prątki rozpadające się na szereg ziarenek.

Fakt, że w wielu przypadkach ciężkiej gruźlicy prosówkowej wszystkie gruzełki są tak do siebie podobne, że musi się przyjąć ich równoczesne powstanie, tłumaczy Huebschmann (s. 36) w ten sposób, że przyjmuje 1) pochodzenie prątków ze źródeł a) zewnętrznych i b) wewnętrznych, 2) ich mnożenie się we krwi i 3) ich magazynowanie w układzie siateczkowo-śródbłonkowym, gdzie miałyby one 4) spoczywać w stanie utajenia jako ciała obce obojętne i skąd miałoby następować nagłe, równoczesne ich wysianie do krwi pod wpływem 5) zadziałania na ustrój rozmaitych czynników osłabiających, czyto a) zewnętrznych, czy znów b) wewnętrznych. Otóż przyjmowanie 1 a) wydaje mi się zbyteczne, 3) mylnie określone, 4) zupełnie nieprawdopodobne, a 5) zupełnie niewystarczające do wytłumaczenia równoczesności wysiewu. Sądzę, że sprawa przedstawi się jaśniej, jeżeli przyjmiemy, że prątki, będąc wyłapywane przez komórki siateczkowo-śródbłonkowe i znów wysypując się do krwi, jak o tym była już mowa przy posocznicach początkowych (r. 4) i przy sprawach gośćcowych (r. 11. b), mogą się swobodnie mnożyć tylko przed osiągnięciem przez ustrój uodpornienia, gdy zaś to się dokona, zostają mniej więcej równocześnie osadzone w tkankach, następnie więc nie dostają się już do krwi i nie mogą wytworzyć późniejszych gruzełków, któreby się przedstawiały jako znacznie młodsze od poprzednio powstałych.

W ten sam sposób jak gruzełki szybko włókniejące mogą oczywiście w okresie II-rzędnym, przy gorszym uodpornianiu się ustroju powstawać także gruzełki nieliczne, ale większe i bogatsze w prątki. Doprowadzają one do odosobnionych, albo wielokrotnych, skłonnych do przejścia w ropienie gruźlic kości i stawów, gałek chłonnych, lub skóry.

13. Okres III-rzędny

Za przykład gruźlic III-rzędnych weźmiemy gruźlicę płucną. Co do jej powstania powołam się na opis Huebschmanna (s. 44 i n.). Zaznaczę jednak, że jako podstawy do powstawania, a następnie powiększania się stanowiących jej początek płucnych, krwiopochodnych przerzutów nie będziemy przyjmowali „wpławiania“ prątków z zespołu pierwotnego (H. 53), „miotów“ zakaźnych (H. 52) „bacilemij“ (H. 48), „wysiewów“ (H. 56), czy „rozsypów“ (H. 27), tylko powiemy, że chodzi tu o osobne prątkowe posocznice. Wiemy już, że powstać one mogą tylko wtedy, gdy istniejące poprzednio uodpornienie obniży się do wartości podprogowej. Przebiegają zaś one na ogół o tyle korzystnie, że sprowadzają w różnych narządach powstanie tylko nielicznych i przeważnie skłonnych do cofania się i bliznowacenia gruzełków, (H. s. 46, 276), a prawdopodobnie w znacznej mierze wywołują nawet zmiany czysto gośćcowe (patrz r. 12.). Wszystko to świadczy, że te posocznice doprowadzają do pokaźnego uodpornienia. Szczyty płuc, jako obszar szczególnie podatny (H. 46), bywają jednak przy tym rozsiewie najwięcej dotknięte, co zwłaszcza przy powtarzaniu się posocznic może wreszcie doprowadzić do zlewania się ognisk i powstania typowych, mniej lub więcej rozległych zmian serowatych, które następnie mogą się powiększać stykowo i kanalikowo.

Podane tłumaczenie różni się zasadniczo od poglądu Rankego. Ranke (s. 24, 140, 163) przyjmował mianowicie, że następujące po okresie uogólnienia ograniczanie się choroby do jednego narządu jest wynikiem wytworzonego poprzednio względnego uodpornienia. Stanowisko Huebschmanna niewiele od tego zapatrywania odbiega, przyjmuje on bowiem (s. 54), że w młodocianym wieku przeimmunizowanie ustroju jest jeszcze nieznaczne. Uderzać nas musi jednak jako coś zupełnie opacznego (Hamburger s. 281) przypuszczenie, że uodpornienie ma być warunkiem powstania tak poważnej choroby, jaką jest rozpadowa gruźlica płucna. Ale Ranke nie mylił się wcale co do tego, że gruźlicy tej towarzyszy rzeczywiście uodpornienie. Za dowód mógł on przytoczyć fakt (s. 8), że mimo krążenia prątków we krwi nie wschodzą krwiopochodne przerzuty i podobny drugi (s. 11, 115, 146), że — mimo niewątpliwego przechodzenia prątków ze zmian płucnych do przynależnych gałek chłonnych — nie powstają w tych gałkach wcale zmiany serowate, tylko co najwyżej mikroskopowe, „późne“ gruzełki, a często jedynie „nieżyt zatokowy“.

Huebschmann (s. 33, 112) na podstawie tych dowodów uodpornienia wysnuwa z całą pewnością, a mimo to mylny wniosek „że prawdziwe uodpornienie przeciw gruźlicy możliwe jest tylko przez gruźlicę“. Ma on tu oczywiście na myśli martwiczącą gruźlicę narządów. Jako dalszy tego samego rodzaju

dowód na istnienie uodpornienia podaje on (H. 32, 112, 181) stosunek wyłączania się między ogólną gruźlicą prosówkową, a odosobnioną, postępującą gruźlicą narządów. Z naszego punktu widzenia powstawanie stwierdzanego w ten sposób uodpornienia będziemy sobie tłumaczyć wychodzącymi z nieotorbionych zmian płucnych, korzystnie przebiegającymi i prawdopodobnie wielokrotnie się powtarzającymi posocznicami. Oprócz uodpornienia mają one jeszcze jeden skutek, mianowicie przyczyniają się do znacznego obniżenia wrażliwości na jady, stwierdzanego z reguły w III okresie. Wobec istnienia u tych osobników znacznego uodpornienia chodzić tu może tylko o anergię dodatnią, zatem ten sam stan odczynowy, jaki u gruźliczego można osiągnąć za pomocą leczenia tuberkulinowego, jaki wraz z równoczesnym uodpornieniem bezwzględnym osiągał Duprez u świnek morskich, wstrzykując im przez 3—4 miesięcy co tydzień dawkę 0,01 mg BCG i jaki musimy przyjąć w tuberkulinoujemnych przypadkach rumienia siniakowatego.

Co do powstawania tych posocznic, to musimy przyjąć, że prątki, wychodząc z serowatych zmian płucnych, napotykają albo 1) na organizm nadprogowo uodporniony i wtedy zaraz w miejscu wejścia do żywych tkanek ulegają bakteriolizie i przez uwolnione w ten sposób endotoksyny wywołują około-ogniskowe zapalenia, przechodzące następnie w zmiany wytwórcze, albo też 2) na ustrój którego uodpornienie opadło do wartości leżących poniżej progu skutecznego działania, a w takim razie następuje rozrost stykowy i kanalikowy zmian serowatych na otoczenie i nowa, cyklicznie przebiegająca posocznica, a z nią podniesienie uodpornienia. Uodpornienie wiążące się z gruźlicą narządów ulega zatem ciągłym wahaniom i może się także znacznie obniżać. Wskazywałaby na to m. i. okoliczność, że wspomniany wyżej stosunek wyłączania się nie jest bezwzględny, około 4% typowej ciężkiej gruźlicy prosówkowej powstaje mianowicie u osobników z postępującą gruźlicą narządów (H. 32). Jeszcze bardziej uderzającym jest fakt, że u tych osobników może się pojawić rumień guzowaty, gdyż musimy przyjąć: 1) że uodpornienie spada w tych przypadkach przed wystąpieniem rumienia prawie do dziewiczej normergii — inaczej nie mogłoby mianowicie powstać obfite ogólne zakażenie posocznicze, a tym samym nie mogły by się wytworzyć guzy rumieniowe — i 2) że ustrój odzyskał tu — znaną nam z przebiegu posocznic początkowych — zdolność do szybkiego i wydatnego uodporniania się i tłumienia zakażenia. Na uwagę zasługuje przy tym fakt, że wypadki takie spostrzegano m. i. także po założeniu odmy (Bernard, Kreis i Mande), co widocznie pozostaje w związku z następującym w takich razach dokładnym otarbianiem się zmian serowatych. Przypadki te — jak już o tym była mowa powyżej (r. 10.) — nie dają się żadną miarą tłumaczyć z punktu widzenia teorii Rankego.

Jeżeli u osobnika z serowatymi zmianami płucnymi w pewnych szczególnych warunkach może powstać nawet rumień sińcowaty, to łatwo zrozumieć, że wychodzące z tych zmian posocznice prowadzą zwykle do powstawania zmian gośćcowych, m. i. takich, jakie w sercu stwierdzał Masugi (r. 12).

Z powyższego przedstawienia wynika jasno, że nie istnieje żadna istotna różnica między powstawaniem zmian drugo- i trzeciorzędnych. Nie ma też między nimi ściśle ustalonej granicy. Huebschmann (s. 115) mówi: „...dlaczego w wielu poszczególnych przypadkach gruźlic narządów mówi się jużto o zmianach II-rzędnych, to znów o III-rzędnych, to jeszcze nigdy nie stało się dla mnie jasne“. W powstawaniu jednych i drugich powtarzają się te same posocznice, ale oddziaływanie ustroju na nie zmienia się przeważnie w coraz mniej sprawne i wydatne, a tym samym posocznice prowadzą do coraz cięższych spraw chorobowych. Otóż właśnie ta stopniowo — już to przez sam bieg czasu i przez powtarzanie się posocznic, już to pod wpływem działania różnych czynników zewnętrznych lub wewnętrznych — dokonująca się zmiana w oddziaływaniu ustroju na powtarzające się posocznice jest podstawą różnic, jakie w wielu przypadkach zachodzą między klinicznymi postaciami gruźlicy w następujących po sobie okresach choroby gruźliczej jako całości. Postacie te ze względu na ciężkość możnaby prowizorycznie ułożyć w następujący szereg: I. Gruźlice rozsiane: a) przewaga zmian gośćcowych z nielicznymi gruzełkami włóknistymi; b) gruźlica prosówkowa „zimna“, często uleczalna; c) typowa gruźlica prosówkowa z gruzełkami włóknistymi, lub d) przeważnie wysiękowymi; e) ogólna gruźlica grubo-ogniskowa. II. Zmiany narządów przy wzięciu za przykład umiejscowień płucnych: a) zapalenie gośćcowe czyste (*splenopneumonia* uleczalna); b) zapalenie gruźliczo-gośćcowe (*splenopneumonia* Grancherowska, częściowo przechodząca w serowacenie); c) zwykła gruźlica III-rzędna; d) rozległe zapalenie serowate, łączące się z równie gwałtownym zserowaceniem przynależnych gałek chłonnych. Te ostatnie zmiany określane bywają często jako IV-rzędne.

Bardzo jasno przedstawia się ta stopniowa zmiana zdolności odczynowej ustroju na coraz mniej korzystną w spostrzeżeniu Pagelowskim. Ale dowody na podobne, bardzo wczesne przesuwanie się tej zdolności możemy znaleźć, jak o tym była już mowa (r. 10), według pewnych spostrzeżeń Rankego także u małego dziecka.

14. Streszczenie

Kochowskie doświadczenie podstawowe i jego modyfikacje (r. 2 i 3.) wykazują niezbicie, że świnka morska osiąga w 4 tygodnie po zakażeniu jej gruźlicą pełne przeciwgruźlicze uodpornienie, które utrzymuje się na wysokim poziomie przez około 2 tygodnie, po czym zaczyna opadać. Uodpornienie to jest wynikiem przebycia ostrej, cyklicznie przebiegającej posocznicy prątkowo-kokkoidowej (r. 4), czego dowodzi fakt, że od pierwszych dni po zakażeniu stwierdza się we krwi zwierzęcia obecność prątków.

Taka sama posocznica jest podstawą gorączek początkowych, występujących u ludzi w 3—7 tygodni po zakażeniu się ich gruźlicą. Zależnie od indywidualnie bardzo różnej szybkości uodparniania się ustroju i równie różnego natężenia, jakie to uodpornienie osiąga, powstają albo gorączki bezwysypkowe,

albo łączące się z różnymi wysypkami, w szczególności z rumieniem siniakowatym, już to tylko bardzo krótko trwające, to znów kilkotygodniowe, czasem całkiem niepozorne i łagodne, czasem poważniejsze, lub nawet ciężkie (r. 8).

Na rumieniu sińcowatym można biopsyjnie stwierdzać, że z chwilą osiągnięcia uodpornienia prątki przechodzą w kokkoidy, a następnie ulegają bakteriolizie. Uwolnione w ten sposób endotoksyny, działając na hiperergicznie uczulone tkanki, nie wywołują zmian gruźliczych, tylko gośćcowe.

Posocznica początkowa odróżnia się pewnymi cechami od posocznic, które mogą się rozwinąć później:

1) Istniejąca tutaj przed uodpornieniem dziewicza normergia (r. 10) umożliwia prątkom obfite rozmnażanie się, jakie musimy przyjąć w rumieniu siniakowatym ze względu na jego masowe przerzuty podskórne. Ale znów przypadki bezwysypkowe, łagodne i krótkotrwałe dowodzą, że mnożenie się prątków może być mimo pierwotnej normergii bardzo rychło zahamowane.

2) Uodpornienie osiągane w przebiegu posocznicy początkowej jest najwyższe, jakie dany ustrój jest w ogóle zdolny wytworzyć (r. 2, 4 i 8). Tłumaczy się to dziewiczo nieuszkodzonym stanem tkanek i tym samym możliwością silnego oddziaływania na pobudkę, z którą się poprzednio ustrój jeszcze nie zetknął. Ta różnica w stosunku do uodpornień popoczątkowych występuje szczególnie wybitnie u świnki morskiej w spostrzeżeniu Pagelowskim. Wyraża się ona mianowicie w fakcie, że część środkowa płucnego ogniska pierwotnego, której rozrost został zahamowany pod wpływem uodpornienia początkowego okazuje najlżejsze uszkodzenie tkanki, gdy tymczasem dalsze spółśrodkowe warstwy, których powstanie wiąże się z późniejszymi zakażeniami miejscowymi i ogólnymi, okazują masowe zserowacenia. U człowieka wybitna skłonność zespołu pierwotnego do dokładnego otarbiania się i wapnienia pozostaje w podobnie ścisłym związku z wysokim uodpornieniem osiąganym w posocznicy początkowej. Otarbianie powstaje w ten sposób, że prątki, które przed uodpornieniem wtargnęły ze zespołu do otaczających żywych tkanek — czy też powstałe z nich kokkoidy — ulegają po uodpornieniu bakteriolizie, a uwolnione z nich endotoksyny wywołują zmiany zapalne gośćcowe, które później bliznowacieją (r. 4, 9 i 10).

3) W posocznicy początkowej (rumień sińcowaty) stwierdzamy histologicznie, że z zakażeniem załatwia się wyłącznie i bez reszty układ siateczkowo-śródbłonkowy (histiocytarny) i chroni w ten sposób od zakażenia inne tkanki. W posocznicach popoczątkowych (gościec) układ ten skutkiem przebycia poprzednich posocznic jest mniej lub więcej uszkodzony i niewydolny, toteż jego działanie ochronne często zawodzi (r. 8).

Zespół pierwotny Parrota — tj. ognisko pierwotne, najczęściej płucne, i zmiany w przynależnych gałkach chłonnych — powstaje w okresie wylęgania gorączki początkowej (r. 9). Jego znaczenie w chorobie gruźliczo-gośćcowej wynika z faktu, że na jego zmiany serowate nie może się rozciągać wpływ uodpornienia osiąganego w przebiegu posocznicy początkowej, gdyż uodpornienie to nie jest uodpornieniem humoralnym, tylko ogranicza się do żywych tkanek (r. 3). Znajdujące się w zespole prątki zachowują więc nawet przez lata całe żywotność i zjadliwość, toteż ze zespołu wychodzić mogą nowe zakażenia sąsiedztwa i nowe posocznice, gdy tylko uodpornienie uzyskane w poprzedniej posocznicy — początkowej lub popoczątkowej — spadnie do wartości podprogowej.

Te powtarzające się niekiedy wielokrotnie posocznice stanowią w chorobie gruźliczo-gośćcowej sprawę główną i kierowniczą (r. 4 i 7), gdyż z ich przebiegiem, a nie — jak to sądził mylnie Ranke — z utrzymywaniem się zespołu pierwotnego, łączy się uodpornienie ustroju. Każdą z nich należy pojmować jako osobną cykliczną chorobę, gdyż powstaje ona z osobnego wewnątrzpochodnego zakażenia (endogenetycznej reinfekcji) i kończy się wyleczeniem, zatem powrotem do stanu zdrowia, z którego wyszła, przez co cykl zostaje zamknięty. Posocznice popoczątkowe musimy więc określać jako wznowy ogólnego zakażenia, a nie jako nawroty.

Wznowy te mogą przebiegać pod postacią rumienia siniakowatego, który nierzadko łączy się z gośćcowym zapaleniem stawów lub mięśni (r. 11. a). Dla wytłumaczenia powstawania tak rumienia, jak gośćca (r. 11. b) musimy przyjąć w przebiegu danej posocznicy wytworzenie uodpornienia tak silnego, że prątki przechodzą w kokkoidy i że w związku z tym nie powstają w tkankach zmiany martwinowe, tylko zapalne zmiany gośćcowe. Zmiany te dotyczą pierwotnie naczyń i wszystkich tkanek unaczynionych, ale z tych ostatnich może się zakażenie przenosić stykowo na tkanki nieunaczynione.

Zmiany naczyń w złośliwych przypadkach ostrych i podostrych mogą być bardzo głębokie. W szczególności w tętniczkach przychodzi miejscami nietylko do odpadnięcia błony wewnętrznej, intimy, ale także do złuszczenia złożonej z podłużnie leżących komórek mięsnych warstwy wewnętrznej błony środkowej, medii. Włókna te pływają następnie wolno w osoczu krwi tętniczek, ale mogą także niekiedy ich światło zaczopowywać. W wątrobie przychodzi w tych warunkach miejscami do rozklejania się miąższu na poszczególne komórki. Mogą one następnie dostawać się do światła żyłek, gdzie się je widzi albo w krwi bieżącej, albo gdzie one wraz z innymi składnikami komórkowego „osadu“ światło to wypełniają całkowicie (r. 11. b).

Wznowy omawiane mogą jednak przebiegać także równie niepozornie jak niektóre przypadki gruźliczo-gośćcowej gorączki początkowej, a łączące się z nimi zapalenia tkanek ukrwionych mogą być klinicznie nieme i mogą później wygasać. Mimo to zakażenie może się przenieść na tkanki nieukrwione, w szczególności na chrząstki stawowe i międzykręgowe i przebiegać tu bez wyraźnych objawów zapalnych. W ten sposób właśnie powstawałyby pozornie niezwiązane z gośćcem artropatie (r. 11. e).

W przypadkach złośliwie przebiegającego ostrego gośćca można stwierdzać obfite zakażenie kokkoidowe niektórych komórek nabłonkowych, w szczególności komórek cewek nerkowych i komórek miąższu wątrobowego. Także poszczególne włókna

mięśni szkieletowych mogą być tym zakażeniem w całej długości zajęte (przypadek dermatomyositis (r. 11. e).

Uodpornienie osiągane w przebiegu omawianych wznów może być także tylko nieznacznie nadprogowe. Prątki utrzymują się w tych warunkach w pewnej ilości jako takie i w związku z tym obok przeważających zmian gośćcowych powstają nieliczne w całym ustroju rozsiane gruzełki, mające wyraźną skłonność do bliznowacenia. Poza tym, że są one objawem ledwie dostatecznego uodpornienia, ich obecność tylko w szczególnych warunkach może mieć bardzo duże znaczenie. Jeżeli mianowicie znajdują się one m. i. także w splotach naczyniastych mózgowia, to nabłonek splotów nad tymi gruzełkami odpada, gruzełki pod wpływem macerującego działania płynu mózgowo-rdzeniowego rozpadają się i uwalniają zawarte w nich prątki. Prątki, które w tym płynie mogą się mnożyć i zostają przezeń uniesione, osiadają na oponach miękkich, gdyż w nich odbywa się wsysanie płynu. W rezultacie w kilka tygodni po posocznicy czyto niemej, czy jawnej zaczyna się zapalenie gruźlicze opon (r. 12).

Jeżeli osiągane w przebiegu wznów uodpornienie jest podprogowe, prątki utrzymują się jako takie i prowadzą do różnego rodzaju zmian gruźliczych (r. 13).

Można z dużą pewnością przyjąć, że w miarę powtarzania się wznów zdolność ustroju do szybkiego wytwarzania silnego uodpornienia na ogół stopniowo się zmniejsza. Wynika to z faktu, że każda z tych posocznic sprowadza pewne, mniej lub więcej głębokie uszkodzenia naczyń i tkanek. W tym samym kierunku mogą działać różne niekorzystne czynniki, czy to zewnętrzne, czy wewnętrzne. Wpływając osłabiająco na ogólną oporność ustroju bywają one także często powodem wybuchu tych posocznic. W związku ze stopniowo postępującym obniżaniem się zdolności odczynowej organizmu zmiany wczesne (II okres Rankego) różnić się zatem będą w wielu przypadkach od zmian późniejszych (III okres). Mimo to sztywny podział przebiegu choroby gruźliczo-gośćcowej na 3 okresy nie daje się utrzymać. Okres I „odosobnionego zespołu pierwotnego" musi być klinicznie pojmowany jako okres wylęgania posocznicy początkowej. Okres II miał się cechować uogólnieniem zakażenia, czego najbardziej typowym wyrazem miała być gruźlica prosówkowa. Obecnie wiemy jednak, że uogólnienie to dokonuje się już od pierwszych dni po zakażeniu. Okres III cechować się miał odosobnionymi zmianami gruźliczymi pewnych narządów, przede wszystkim płuc, ale wiemy przecież, że mimo obecności tych zmian wybuchnąć może gruźlica prosówkowa, albo nawet pojawić się rumień siniakowaty zatem dwie sprawy chorobowe, których podstawą jest ogólne posocznicze zakażenie. Rzeczywiście przede wszystkim nieotorbione, ale i otorbione zmiany serowate III-rzędne mogą być tak samo źródłem nowych ogólnych zakażeń jak zmiany zespołu pierwotnego. Powstałe w ten sposób przeważnie wielokrotnie powtarzające się posocznice mogą bardzo rozmaicie przebiegać. Podnoszą one na ogół uodpornienie, a obniżają uczulenie na jady (r. 12 i 13).

W powstawaniu gośćca przypisywano dotąd duże znaczenie przewlekłym, od czasu do czasu zaostrzającym się i prowadzącym wtedy do ogólnych zakażeń, przeważnie streptokokowym ogniskom. Wobec wykrycia kokkoida jako zarazka gośćcowego zapatrywanie to obecnie oczywiście upada. Wspomniane ogniska i wychodzące z nich zakażenia mogą mieć w powstawaniu gośćca tylko takie znaczenie co zapalenie gardła, grypa, płonica (r. 12) itp., tj. mogą znacznie obniżać ogólną oporność ustroju oraz jego swoiste przeciwgruźlicze uodpornienie. Ich usunięcie może być zatem wskazane.

Nie da się oczywiście obecnie utrzymać zapatrywania, z którym się spotykamy np. u Findlaya (s. 25 i 122), że zapalenie migdałków otwiera bramę wejścia dla wtargnięcia jadu gośćcowego do ustroju.

Jedynym prawdziwym gośćcowym fokusem, tj. ogniskiem, z którego wychodzić mogą wznowy posocznic gruźliczo-gośćcowych jest ser gruźliczy czyto zespołu pierwotnego, czy zmian późniejszych. On też stanowi anatomiczną podstawę bardzo rozpowszechnionego usposobienia gośćcowego, które musimy przyjąć u wszystkich osobników z przebytymi sprawami gruźliczymi, ale które ujawnia się przeważnie dopiero po zadziałaniu na ustrój rozmaitych ujemnych czynników zewnętrznych lub wewnętrznych (r. 7).

Ponieważ gościec musimy pojmować jako — skutkiem sprawniejszego uodparniania się ustroju — złagodzoną postać gruźlicy, a usposobienie gośćcowe dotyczy wszystkich osób dorosłych, wyjaśnia się w ten sposób niewytłumaczony dotąd, o ile wiem, fakt, że im skuteczniej nauczyliśmy się zwalczać gruźlicę, tym częstszym się stawał gościec, który też ostatnimi czasy przybrał istotnie we wszystkich krajach znamiona prawdziwej klęski społecznej.

PIŚMIENNICTWO

Berger W.: Erg. inn. Med. **53**, 253—522 (1937). — Bernard E., B. Kreis et Mande: Bull. Soc. méd. Hôp. Paris, III s. **54**, 28, (1938), ref. Zbl. ges. Tbkforsch. 49, 143 (1939). — Calmette A.: L'Infection bacillaire et la tuberculose, Masson et Cie, Paris, (1928). — Duprez: przytoczony za Parafem, s. 45. — Dutrey et Velluz J.: Zbl. Tbk. forsch. **46**, 748 (1937) (ref. Roulet), przyt. za Fonio'em, s. 135. — Findlay L.: The rheumatic infection in childhood, Arnold & Co, London (1931). — Fonio A.: Chirurgie und rheumatische Krankheiten, Dresden u. Leipzig, Th. Steinkopff (1939). — Glanzmann E.: Die rheumatische Infektion im Kindesalter Leipzig (1935, przyt. za Fonio'em, s. 18). — Hamburger Fr.: Stadieneinteilung w Engel u. Pirquet: Hb. d. Kindertbk. B. 1, 272—282, Leipzig, G. Thieme (1930). — Huebschmann P.: Pathologische Anatomie der Tuberkulose, Berlin, J. Springer (1928). — Keller W. u. E. Moro: Die Tuberkulose u. Skrofulose w Pfaundler i Schlossmann: Hb. der Kinderheilkunde B. 2, 661—793. Leipzig, F. C. W. Vogel (1931). — Klinge Fr.: a) Der Rheumatismus, Erg. allg. Pathol. u. path. Anat. **27**, 1—340 (1933). — b) Zs. für Rheumaforschung, **6**, 1—32 (1943). — c) Die infektionsallergischen morphologischen Reaktionen w Hansen: Allergie, 169—182, Leipzig. G. Thieme (1942). — Landouzy et Laederich: Bull. Acad. de Méd. **70**, 400 (1913), przyt. za Calmettem, s. 165 i 288. — Lewkowicz K.: a) Pol. Gaz. Lek. 681 (1931). — b) Ann. de Médecine, **32**, 410 (1932). — c) Pol. Monografie i wykłady z dziedziny Pediatrii, zesz. 26. Warszawa (1935). — d) Bull. de l'Acad. polon. Sci., Cl. Méd. 69 (1935). — e) Pol. Gaz. Lek. 427 (1937). — f) Bull. de l'Acad. pol. Sci., Cl. Méd. 35 (1937). — g) Pol. Gaz. Lek. 524 i 569 (1937). — h) Bull. de l'Acad. pol. Sci., Cl. Méd. 93 (1937). — i) Beitr. Klin. Tbk. **90**, 443(1937). — j) Beitr. Klin. Tbk. **90**, 456 (1937). — k) Acta

Pediatrica 22, 211, 373 i 398 (1937). — l) Pol. Gaz. Lek. 473 (1938). — m) Wien. klin. Wschr. 875 (1938). — n) Pol. Gaz. Lek. 797 (1938). — o) Bull. de l'Acad. pol. Sci., Cl. Méd. 557 (1938). — p) Pol. Gaz. Lek. 345 (1939). — r) Beitr. Klin. Tbk. 92, 680 (1939). — s) Presse méd. 558 (1939). — Masugi M.: Virchows Arch. 299, 426 (1937) przytoczony za Klingem b) s. 24. — Pagel W.: a) Die allgemeinen pathomorphologischen Grundlagen der Tuberkulose, Berlin, J. Springer (1927). — b) Einleitung zu Ranke. — Paraf J.: L'immunité au cours de la tuberculose, Paris, Masson et Cie (1936). — Péhu M. et Dufourt: La tuberculose médicale de l'enfance, Paris O. Doin (1927). — Poynton Fr. J. et B. Schlesinger: Recent advances in the study of rheumatism, London, J. a. A. Churchill (1937). — Ranke K. E.: Ausgewählte Schriften zur Tuberkulosepathologie, Berlin, J. Springer (1928). — Redeker: p. Simon u. Redeker. — Rist E., L. Kindberg et Rolland: Ann. de Méd. vol. 1, 310 et 375, ref. Zs. Kinderheilk. 8, 356 u. 418 (1914). — Rist E., et J. Levesque: przyt. za Levesquem w Nobécourt i Babonneix: Traité de médecine des enfants, 3, 511, Paris, Masson et Cie (1934). — Rotnes Per L.: Untersuchungen über Erythema nodosum im erwachsenen Alter, Helsingfors 1936, Acta dermatovenereologica, Stockholm, vol. 17, suppl. 3. — Schliephake E.: Behandlung rheumatischer Erkrankungen mit Ultra-Kurzwellen. Dresden u. Leipzig, Th. Steinkopff (1938). — Simon G. u. Fr. Redeker: Praktisches Lehrbuch der Kindertuberkulose, Leipzig, C. Kabitzsch. (1926). — Takeuchi K.: Beitr. Klin. Tkb. 88, 577 (1936). — Wallgren A.: Paratuberkulöse Krankheitserscheinungen w Engel i Pirquet: Hb. d. Kindertbk. B. 1, 809—836, Leipzig, G. Thieme (1930). — Weil przytoczony za Klingem a) s. 106.

H. = Huebschmann.
K. = Klinge.
L. = Lewkowicz.
R. = Ranke.

Liczby przytoczone obok nazw autorów i ich skróceń oznaczają stronice 8-ych publikacji, lub 8-ych odbitek z czasopism o większym formacie.

SPROSTOWANIE. Na str 50, szpalta 2, wiersz 24 od dołu zamiast (r. 199 i 2) ma być: (R. 199) i 2)

Tamże wiersz 19 od dołu zamiast (r. 7, 175...) ma być: (R. 7, 175...).

Na str. 51, szp. 1, wiersz 27 od góry zamiast (L. g. 21, h 117 i 449...) ma być: (L. g 21, h 117, i 449...).

Na str. 78, szp. 1, wiersz 4 od dołu zamiast (r. 3) ma być: (s. 3).

Doc. dr WACŁAW MARKERT Warszawa

O zapadaniu na tężec żołnierzy polskich w czasie działań wojennych we wrześniu 1939 roku w zależności od stosowania zapobiegawczego antytoksyny tężcowej

(Z 2 Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniw. Warsz.)

W czasie mego pobytu w niewoli niemieckiej w r. 1939 byłem zatrudniony w charakterze lekarza w szpitalu dla naszych jeńców w Gostyninie. W związku z tężcem, na który zachorowało kilku rannych, sprawdziłem jaki odsetek rannych żołnierzy przebywających w tym szpitalu został po zranieniu biernie uodporniony przeciw tężcowi.

W szpitalu w Gostyninie było w pierwszych dniach października 63,3% ciężko rannych wśród ogółu rannych. Na 404 rannych żołnierzy, którzy przebywali wtedy w szpitalu, było tylko 23,5% biernie uodpornionych przeciw tężcowi po zranieniu. Szpital był rozlokowany w gmachu szpitalnym, gdzie ranni leżeli w łóżkach, i w gmachu szkolnym, w którym ranni leżeli na ziemi na siennikach lub wprost na słomie. W gmachu szpitalnym zebrano najcięższej rannych, szczególnie z rozległymi ranami kończyn. Wśród tych 83 żołnierzy odsetek biernie uodpornionych był już wyższy i stanowił 54%. Z tego wynika, że odsetek rannych, którym po zranieniu wstrzyknięto surowicę przeciwtężcową, był bardzo mały, gdyż wynosił mniej niż jedna czwarta liczby ogółu rannych, a połowę liczby ciężko rannych, z rozległymi ranami.

Od początku istnienia szpitala było w nim 589 rannych. W przeciągu 3 tygodni 5 rannych, czyli 0,85% ogółu rannych, zachorowało z objawami tężca. Z tych 4 zmarło. Wobec tego odsetek śmiertelności wśród rannych szpitalnych wynosił 0,67%, a wśród chorych na tężec 80%. Żaden z żołnierzy, którzy zachorowali na tężec nie miał zapobiegawczo wstrzykniętej antytoksyny tężcowej.

Obserwowana w Gostyninie grupa rannych żołnierzy nie pochodziła bezpośrednio z placu boju, lecz była przywieziona z poszczególnych punktów opatrunkowych lub małych szpitali w kilka dni po zranieniu. Wobec tego, że tężec może rozwinąć się już od drugiego dnia po zranieniu i wtedy przebieg tych wczesnych postaci tężca jest najczęściej śmiertelny, należy się liczyć z tym, że odsetek zachorowań na tężec wśród naszych żołnierzy był większy, gdyż część rannych mogła umrzeć przed przywiezieniem do szpitala w Gostyninie. Również nie uwzględniono w tym zestawieniu przypadków tężca późnego o okresie wylęgania dłuższym niż miesiąc.

Wiadomo mi ze źródeł niemieckich, że na terenie tak zwanej bitwy Kutnowskiej i w pasach przylegających było 30 tysięcy rannych żołnierzy polskich. Stosując do tych rannych obserwowaną w szpitalu w Gostyninie częstość zachorowań na tężec, możemy obliczyć, że wśród nich zachorowało na tężec przynajmniej 255 żołnierzy i zmarło z tej choroby niemniej niż 200.

Powyższe liczby uzyskują większą wyrazistość, jeżeli porównamy je z innymi zestawieniami. W przeciągu 14 miesięcy wojny w latach 1914—1918 w armii niemieckiej na froncie zachodnim zanotowano 2000 przypadków tężca, a w tym samym czasie na froncie wschodnim, to jest w Polsce, 250 przypadków (Zeiss i Rodenwald). Ci sami autorzy twierdzą, że warunki gleby w Polsce, w porównaniu z zachodnim frontem, mniej uspasabiają do zachorowań na tężec. Z notatki w Brit. med. J. z roku 1940 wynika, że w 1914 roku, kiedy w armii angielskiej nie było dostatecznej ilości antytoksyny tężcowej, częstość zapadania na tężec wahała się w granicach 8—9 żołnierzy na tysiąc rannych, natomiast przy końcu wojny tylko 1 na tysiąc. Z zestawienia tych danych wynika, że we wrześniu 1939 r. mieliśmy w niespełna 3 tygodnie i na jednym odcinku frontu tyle przypadków tężca, ile w latach 1914—18 w armii niemieckiej było w przeciągu 14 miesięcy na całym froncie w Polsce, a odsetek zapadania na tężec wśród naszych żołnierzy był taki, jak w armii angielskiej na początku wojny w 1914 r.

Wiele czynników wpłynęło na to, że mieliśmy znaczny odsetek zachorowań na tężec. Jedną z nie-

zaprzeczalnych przyczyn był jednak mały odsetek biernie uodpornionych przeciw tężcowi rannych żołnierzy. Mogło to zależeć od szybkiego wyczerpania się zapasów surowicy, z którymi oddziały sanitarne wyruszyły na front. Ciągła wojna ruchoma nie pozwalała na pobranie surowicy przeciwtężcowej z dużych jednostek sanitarnych. Tak było w naszym szpitalu polowym, w którym już po kilku dniach przyjmowania rannych musieliśmy ograniczyć surowicę tylko do przypadków rozległych ran szarpanych. Należy wymienić także bardzo ciężkie warunki pracy lekarskiej w głównych punktach opatrunkowych i w szpitalach polowych. Ciągła zmiana miejsc postoju, niemożność rozwinięcia szpitala, bombardowania z powietrza niszczące budynki i sprzęt sanitarny. Wszystko to stwarzało warunki, które czasami nie tylko uniemożliwiały dokładne chirurgiczne zaopatrzenie rany, ale nawet wygotowanie strzykawki dla wstrzyknięcia surowicy przeciwtężcowej. Wreszcie jedną z przyczyn małego odsetka uodpornionych biernie żołnierzy było nie zawsze dostateczne uświadomienie lekarzy o niebezpieczeństwie tężca szczególnie podczas zranień wojennych. Dotyczyło to przede wszystkim lekarzy nie będących chirurgami, którzy powołani do wojska musieli opatrywać rannych.

Tymi samymi okolicznościami tłumaczyć sobie można duży odsetek śmiertelności wśród naszych chorych na tężec. Tutaj jeszcze należy dodać złe warunki szpitalne, w których przebywali nasi żołnierze w niewoli, oraz niedostateczna ilość środków leczniczych.

Obowiązkiem każdego obywatela jest bronić swojej ojczyzny w miarę swoich sił i umiejętności. Wojna nakłada na stan lekarski obowiązek leczenia rannych, toteż każdy lekarz, niezależnie od swojej specjalności, powinien być obeznany z zasadami chirurgii wojennej. Do głównych jej zadań należy umiejętne opatrywanie rannych, które jest inne w warunkach pokoju i inne w okresie wojny. Opatrzenie rannego żołnierza w czasie wojny nie ogranicza się jedynie do nałożenia opatrunku, zbandażowania lub ustalenia złamania rannej kończyny, a polega przede wszystkim na wstrzyknięciu zapobiegawczym surowicy przeciwtężcowej. W warunkach pokoju, kiedy jest możność dokładnego chirurgicznego opatrzenia rany, które w dużej mierze chroni rannego od tężca, wstrzyknięcie surowicy przeciwtężcowej uzależnia się od warunków zranienia, rodzaju i wyglądu rany, a nawet i od zawodu rannego. Na tężec może zachorować żołnierz niezależnie od rodzaju pocisku powodującego zranienie i rozległości rany. Czasami błahe zranienie może być przyczyną śmierci z powodu tężca. Dotyczy to w takim samym stopniu ludności cywilnej, jeżeli przebywa ona w warunkach wojennych. Spostrzegałem rannego odłamkiem bomby lotniczej, u którego odłamek wielkości ziarenka pieprzu tkwił tak powierzchownie pod skórą, że usunięto go ambulatoryjnie bez znieczulenia miejscowego. Po 10 dniach rozwinął się tężec o ciężkim przebiegu.

Wartość zapobiegawcza surowicy przeciwtężcowej, szczególnie po doświadczeniach wojny z lat 1914—18, jest niezaprzeczalna. Z tym zgadzają się lekarze wszystkich stron walczących. Z nowszych statystyk przytoczę zestawienie Tsena z wojny chińskiej (1928 r.). Na 1456 zranionych żołnierzy zmarło z powodu tężca 2,06%, wśród 1352 żołnierzy uodpornionych zapobiegawczo surowicą przeciwtężcową nie było przypadku tężca. Toteż przepisy służby zdrowia w Armii Polskiej głosiły, że każdy żołnierz, niezależnie od zranienia, powinien mieć wstrzykniętą surowicę przeciwtężcową. Wstrzyknięcie surowicy powinno być jak najprędzej po zranieniu wykonane, kiedy jad tężcowy nie połączył się jeszcze z układem nerwowym. Za tym przemawiają wyniki doświadczeń Thomsona. Autor ten wstrzykiwał psu śmiertelną dawkę toksyny tężcowej. Ażeby uratować psa po 6 godzinach, trzeba było wstrzyknąć 200-krotną dawkę neutralizującą surowicy przeciwtężcowej, po 7 godzinach już 300-krotną dawkę. Jeżeli natomiast wystąpiły u zwierzęcia zewnętrzne objawy tężca, wtedy psa nie można było uratować wstrzykiwaniami surowicy. Tam więc, gdzie istnieje obawa zakażenia pałeczką tężca, należy pamiętać nie tylko o zastosowaniu surowicy przeciwtężcowej, lecz również wstrzyknąć ją możliwie szybko po zranieniu.

PIŚMIENNICTWO

Brit. med. J. r. 1940, wg Kong. Z. Blatt, tom 115, r. 1943; Thompson jr., K. Z. Blatt, tom 112, r. 1941; Tsen Edgard, K. Z. Blatt, tom 52, r. 1928; Zeiss, Rodenwaldt, Einführung in die Hygiene, r. 1942.

ST. NOWICKI Kraków

Opróżnianie komór w „stanie padaczkowym" pourazowym

(Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala św. Łazarza w Krakowie)

Padaczka w następstwie obrażeń mózgu jest zjawiskiem dość częstym, bo zdarza się w 5% tych przypadków. Pojawia się w parę miesięcy po urazie, lub występuje później, nawet po kilku latach. Napady mają rozmaite postacie. Wyjątkowo osiągają bardzo gwałtowne natężenie i ponawiają się z krótkimi przerwami przez wiele godzin. Drgawki obejmują zazwyczaj jednostronnie obie kończyny, połączone są ze zamroczeniem, powtarzają się nieprzerwanie co kilka minut i trwają nawet kilka dni. Taki obraz kliniczny opisany jest jako „stan padaczkowy" *(status epilepticus)*. Występuje on także w padaczce innego pochodzenia, jak w związku z guzami mózgu. W padaczce pourazowej zjawia się wyjątkowo jako pierworodny obraz choroby. Częściej widuje się ten zespół objawów w przebiegu dawniej istniejącej padaczki, cechującej się rzadszymi i słabszymi napadami. Trudno jest wykryć szczególniejsze okoliczności, które wywołują to niezwykłe nasilenie napadów. Stan padaczkowy w następstwie urazów występuje raczej w tych przypadkach, gdzie pozostały znaczne ubytki czaszki, pokryte rozległymi bliznami, sięgającymi wgłąb mózgowia. I u tych chorych mi-

jają nieraz lata bez żadnych niemal dolegliwości. Po okresie zupełnego spokoju może zjawić się niespodzianie stan padaczkowy w zwykłym trybie życia, lub wśród błahych okoliczności, co wpierw były obojętne dla pogotowia padaczkowego.

„Stan padaczkowy“ działa szkodliwie na ośrodki krążenia i oddychania, wymaga nadmiernej pracy serca, utrudnia lub uniemożliwia odżywianie, naraża na poważne obrażenia wskutek gwałtowności napadów. Jest zawsze niezmiernie wyczerpujący dla chorego i niebezpieczny dla życia. Leczenie zmierza na ogół do wydatnego obniżenia pobudliwości układu nerwowego przez podawanie większych ilości luminalu, bromu, oraz innych środków uspokajających. Stosowano też niekiedy nakłucie lędźwiowe, odpuszczając niewielkie ilości płynu mózgowo-rdzeniowego, oraz podawano dożylnie glukozę. Wobec nasilonych i długotrwałych objawów leczenie to bywa bardzo często bezskuteczne i sprawa kończy się śmiertelnie.

Zabiegi operacyjne, jakie stosowane są w zwykłych postaciach padaczki pourazowej, są niemożliwe do wykonania podczas stanu padaczkowego. Ze względu na poważne zaburzenia w oddychaniu nie można zastosować uśpienia ogólnego, a ustawiczne drgawki przeszkadzają subtelnym zabiegom w tkance mózgowej przy znieczuleniu miejscowym. Także wybitnie obniżona ogólna odporność chorego w czasie stanu padaczkowego jest poważną przeszkodą do podjęcia ciężkiego zabiegu. Wreszcie w niektórych przypadkach są tak rozległe zbliznowaciałe ubytki w powłokach czaszki, że po ich usunięciu niema możności, aby zamknąć szczelnie powłoki, co jest zasadniczym dążeniem i celem zabiegu.

Jeszcze przed wojną leczyłem chorego po starym obrażeniu mózgu w okresie stanu padaczkowego, przebiegającego bardzo ciężko i niebezpiecznie. Stosowałem wszystkie polecane sposoby lecznicze bezskutecznie. Napady ciągnące się od kilku dni nie uspokajały się. Wobec groźnych dla życia objawów usiłowałem szybko zmniejszyć ciśnienie śródczaszkowe i odpuściłem płyn mózgowo-rdzeniowy z bocznej komory w ilości 50—60 cm³. Po pierwszym nakłuciu drgawki zelżały, a po dalszych dwóch, stosowanych co drugi dzień, ustąpiły zupełnie i chory wyzdrowiał. W bieżącym roku zastosowałem to samo leczenie w podobnym przypadku. To ostatnie spostrzeżenie przytoczę szczegółowo.

S. Ż. chory, lat 46, został ranny przed 26 latami szablą w lewą okolicę ciemieniowo-skroniową. Nastąpiło załamanie kości i wypadnięcie tkanki mózgowej. Rana ropiała i po 8 miesiącach wykonano dość rozległą trepanację czaszki z bliżej nieznanymi szczegółami. Po pół roku rana zagoiła się, a ubytek wypełniła pokaźna blizna. W półtora roku od zagojenia pojawiły się drgawki w prawej połowie ciała bez utraty przytomności. Występowały wielokrotnie co kilka dni i po dwóch miesiącach ustąpiły samoistnie, bez leczenia.

Dopiero po następnych 14 latach wznowiły się podobne napady. Chory był leczony luminalem i nakłuciem lędźwiowym i w ciągu 10 dni drgawki ustały. Później w 3 lata — po podnieceniu pojawiła się padaczka o silniejszym nasileniu i połączona z przymroczeniami. Wtedy po uspokojeniu drgawek operowałem chorego, wycinając zbliznowaciałe części opon i kory mózgowej, po utworzeniu podkowiastego płata skórno-kostnego, w którego środku znalazła się blizna skórna. Po zabiegu stopniowo napady ustępowały i skończyły się całkowicie po dwu tygodniach.

Niemal przez 7 lat po operacji nie odczuwał chory żadnych dolegliwości. Przez całą wojnę pracował jako karczmarz, nie używając alkoholu. Na wiosnę po zakończeniu wojny wypił nieco wódki, popadł z gośćmi w sprzeczkę i doznał silniejszych drgawek, niż kiedykolwiek poprzednio. W czasie napadu był przymroczony, przewrócił się i nie mógł już powstać. Drgawki od początku obejmowały prawą połowę ciała, pojawiały się co kilka minut i trwały 3—4 minut. W przerwach odczuwał bolesne napięcie w mięśniach kończyn i karku. Później drgawki wzmogły się, zwłaszcza w obrębie twarzy. Chory nie mógł poruszać się, wymawiał ledwie poszczególne słowa, nie odżywiał się i nie spał, był stale przymroczony, a chwilowo tracił zupełnie przytomność. Rzucany ustawicznie po łóżku doznał otarcia skóry na znacznej powierzchni kończyn.

Po tygodniu tych udręczeń przywieziono chorego na oddział chirurgiczny w stanie zupełnego wyczerpania, z zapadłym i sinym obliczem, całkowicie wychudzonego i bezsilnego. W dniu przyjęcia prawie nie było możliwe porozumieć się z chorym, choć był świadomy, gdzie się znajduje. Gorączki nie miał, tętno około 80, było nierówne, przerywane i zwalniało w czasie drgawek. W lewej okolicy ciemieniowo-skroniowej znajdował się ubytek w pokrywie kostnej, owalny 10×6 cm, pokryty blizną wypukloną, napiętą, nietętniącą, dość podatną. Przed napadami pojawia się stale ból w barku i ogólny niepokój, co stanowi powiew padaczkowy. Napady powtarzają się dość regularnie za dnia i w nocy co 5 minut. Chory w czasie napadu jest wyraźnie zamroczony. Oddychanie jest zwolnione, wydech odbywa się z widocznym wysiłkiem i zjawia się ogólna, wyraźna sinica. Podczas napadu blizna wznosi się kopulasto i jest silnie napięta. Napad trwa 2—3 minut. Drgawki zaczynają się od przeciągnięcia prawego kącika ust, następnie przechyla się głowa w prawo i w tę stronę zwracają się gałki oczne. Po tym następują kurcze przedramienia prawego, drgawki w palcach ręki i łokciu, oraz rzadsze, chaotyczne w barku. Stopniowo przegina się kończyna dolna prawa w kolanie oraz biodrze i utrzymuje się w tym przymusowym ułożeniu do końca napadu. Po napadzie stwierdza się prawostronne porażenie kończyn o charakterze spastycznym. Chory spełnia proste polecenia, wymawia pojedyncze słowa, ledwie potrafi przyjąć nieco płynów, oddaje mimowolnie mocz.

W pierwszym dniu pobytu chorego w szpitalu podano duże dawki luminalu, co nie wpłynęło na stan padaczkowy. Uznając, że życiu chorego zagraża doraźne niebezpieczeństwo, na drugi dzień przystąpiono do obniżenia ciśnienia śródczaszkowego. Typowo, po przecięciu skóry wywiercono w obrębie prawej potylicy otwór, gdzie nacięto oponę twardą. Z otworu trysnął silnym strumieniem płyn mózgowo-rdzeniowy, a po tym widać było pustą, szeroką przestrzeń między oponą, a przekrwioną powierzchnią

mózgu. Nakłuwając komorę można było stwierdzić znaczne jej rozszerzenie. Z łatwością wydobyto z niej 70 cm³ płynu o wejrzeniu prawidłowym. W czasie zabiegu chory doznał drgawek i wtedy mózg został gwałtownie przyparty do opony i wtłoczył się do wąskiej szczeliny powstałej przez uprzednie nacięcie opony. Zabieg zakończono zaszyciem rany skórnej.

Po odpuszczeniu płynu mózgowo-rdzeniowego nasilenie drgawek nieco zelżało i po raz pierwszy spostrzeżono ruchy czynne kończynami prawymi, a wypuklona blizna okazywała tętnienie. Ataki utrzymywały się jednak nadal. Na następny dzień zastosowano wlew z awertyny, który poza zwiększoną sennością nie przyniósł ulgi choremu. Inne środki jak skopolamina z morfiną również nie osłabiły drgawek. Wobec tego nazajutrz wykonano drugie nakłucie komory przez poprzednio wywiercony otwór i odpuszczono 80 cm³ płynu. Po tym zabiegu nastąpiła w tym samym dniu wyraźna poprawa, bo drgawki ustąpiły. Zjawiły się natomiast poniewolne ruchy w kończynie górnej prawej o charakterze pląsawicznym, bardzo męczące chorego. Ruchy te utrzymywały się uporczywie w ciągu 4 dni. Wykonano trzecie z kolei nakłucie bocznej komory, z której znowu wyczerpano około 80 cm³ płynu. Odtąd kończą się wszelkie ruchy poniewolne. Utrzymywało się tylko znaczne napięcie w mięśniach kończyn prawych i niedowłady niektórych mięśni. Mowa pozostała jeszcze bardzo upośledzona, chory zacinał się wypowiadając słowa, niezdolny zebrać je w zdania, a prócz tego wypowiadał się sprzecznie co do tych samych tematów.

Charakterystycznie zachowywała się blizna w ubytku czaszki. W czasie napadów była wyraźnie wzniesiona, symetrycznie napięta i na ogół tętniąca. W dotyku okazywała się zgrubiała i rozpulchniona. Także w przerwach między napadami utrzymywało się wypuklenie blizny, choć napięcie jej było nieco mniejsze. Po wygaśnięciu stanu padaczkowego blizna stopniowo została wciągnięta w głąb, poniżej poziomu ubytku kostnego. Równocześnie stała się cieńsza, twarda, niepodatna i nieruchoma. W okresie ruchów poniewolnych blizna nie zmieniała swego położenia.

W cztery tygodnie po przyjęciu na oddział chory zaczął chodzić, choć poruszał się z wielką trudnością, mówił powoli i wysławiał się ubogo. Po sześciu tygodniach leczenia opuścił szpital, powłócząc prawą dolną kończyną i ze znacznym upośledzeniem czynnościowym górnym. Nie skarżył się na bóle głowy Zalecono mu nadal systematyczne leczenie prominalem, które przeprowadzano w okresie zdrowienia.

W przypadku tym tłem dla padaczki były zmiany bliznowate w powłokach czaszki, w oponach i tkance mózgowej. Cięższe napady padaczki wystąpiły w kilkanaście lat po zranieniu. Przyczynę późnej padaczki stanowią wedle Förstera i Penfielda nadmiernie rozwinięte naczynia krwionośne w bliznowatej tkance łącznej opon i mózgu. Prawdopodobnie odruchy naczynioruchowe w tych splotach naczyniowych, wywołane wskutek rozmaitych podniet, przyczyniają się do powstania drgawek. Pociągając taką unaczynioną bliznę podczas zabiegu operacyjnego można jakby doświadczalnie wywołać ten sam rodzaj drgawek, które spostrzegamy w przebiegu napadów. Nie mniej należy stwierdzić, że u innych chorych z podobnymi zmianami anatomicznymi, w ogóle padaczka nie występuje, albo objawia się słabymi napadami, a nie prowadzi do stanu padaczkowego. Nie znając dotąd istotnych czynników wyzwalających napady padaczkowe, mówimy o skłonności lub usposobieniu padaczkowym poszczególnych jednostek.

Nie wiadomo bliżej o okolicznościach, które sprzyjają „stanowi padaczkowemu" w przypadkach pourazowych. U obu naszych chorych były pokaźne ubytki w czaszce. Stan padaczkowy pojawił się u nich w wiele lat po obrażeniu, a był poprzedzony słabszymi napadami, występującymi nieregularnie w dłuższych odstępach .Było przeto u tych chorych dość czasu, aby rozwinęła się bogata sieć tętniczo-żylna w bliznowatej powierzchni opon i w zmienionych częściach mózgu. Takie zmiany mogą tworzyć korzystne podłoże dla napadów padaczki, lecz nie tłumaczą, dlaczego powstał „stan padaczkowy". Jest mało prawdopodobne, aby w splotach naczyniowych pojawiały się długotrwałe lub ustawicznie powtarzające się kurcze tętnic, co tworzyłoby nieustanną podnietę do drgawek. Opisałem dawniej przypadek przewlekłego kurczu tętnicy ramiennej, ale była to tylko zmiana utrwalona jako pierścieniowate zwężenie tętnicy.

Rozległe blizny w obrębie opon spojone z powierzchnią mózgowia hamują swobodny przepływ i wessanie płynu mózgowo-rdzeniowego. Zupełnie zbliznowaciałe obszary, gdzie nie ma wolnej przestrzeni podpajęczynówkowej, wyłączają w ogóle te części z krążenia płynu. Zniszczenie kory mózgowej w związku z urazem i jego następstwami, oraz upośledzone jej odżywienie przyczyniają się do ścieńczenia tych okolic mózgowia. Twarda blizna wpływa też często na kształt komory bocznej, która wydłuża się w kierunku obwodowym i przypomina zarysy gruszki zawieszonej w okolicy blizny jak na szypule. Takie zniekształcone komory i przykryte płytką ścianą mózgu są znacznie pojemniejsze od prawidłowych i mieszczą wielkie ilości płynu. Do wzmożonej zawartości płynu mogą też przyczyniać się zaburzenia w jego przepływie.

Zmiany nantomiczne, pojawiające się w znaczniejszych ubytkach czaszki utrudniają więc krążenie płynu mózgowo-rdeniowego. Często ulega ono wyrównaniu a pozostałe zaburzenia w przepływie nie są na tyle poważne, aby dawały objawy kliniczne. Ta mniej lub więcej stała równowaga może się zachwiać z chwilą, gdy występują natężone napady padaczkowe. Sam odczyn naczynioruchowy, pobudzający do napadu, przyczynia się także do rozszerzenia naczyń i tym samym wpływa na zwiększony przesącz płynu. Gwałtowne zaś ruchy w rozmaitych mięśniach przeszkadzają odpływowi krwi żylnej z obrębu głowy, co przyczynia się do podwyższenia ciśnienia śródczaszkowego. W tych warunkach nie tylko wytwarza się więcej płynu niż zazwyczaj, a równocześnie jego odpływ i wessanie są więcej upośledzone i opóźnione. Toczy się więc szybko błędne koło zaburzeń w krążeniu krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego, a każdy jego obrót zwiększa ciśnienie śródczaszkowe.

„Stan padaczkowy" nie jest niczym innym, jak gwałtownym napadem padaczki, który stał się częstotliwy i uporczywy. Pozostawia on przy tym długo trwające ślady w zakresie niektórych ośrodków mózgowych. Może wyzwala go niezwykłe natężenie odczynu naczynio-ruchowego w obrębie blizny. Niezależnie jednak od nieustalonej przyczyny stanu padaczkowego można stwierdzić, że zmiany w ciśnieniu śródczaszkowym są zupełnie wyraźne, i utrwalone w stanie padaczkowym. Na to wskazuje owe stale utrzymujące się wypuklenie blizny w ubytku czaszki w naszych przypadkach. Niewątpliwie więc zmiany w krążeniu płynu mózgowo-rdzeniowego były głównym czynnikiem, stale wzmagającym ciśnienie środczaszkówe w przebiegu stanu padaczkowego. Dlatego też było celowe opróżniać komory w okresie napadów.

Wykonywując te zabiegi zyskaliśmy dalsze potwierdzenie przytoczonego założenia. Okazało się, że w przestrzeni podpajęczynówkowej na półkuli zdrowej było obfite nagromadzenie płynu, pozostającego pod znacznym ciśnieniem. Dowodzi to, że nawet w odległych częściach jamy czaszkowej znajdowały się przeszkody w przepływie płynu. W komorach bocznych również znajdował się płyn w wielkiej ilości. Najbardziej zaś przekonywującym dowodem wpływu ciśnienia śródczaszkowego na stan padaczkowy było uspokojenie się napadów po odpuszczeniu płynu.

Komory były nakłuwane i opróżniane po stronie zdrowej, aby uniknąć zbyt szybkiej zmiany w ciśnieniu śródczaszkowym po stronie chorej. Jest obojętne czy komorę nakłuwa się od przodu, czy od tyłu. Wobec znacznego zastoju płynu, a równocześnie wobec konieczności rychłego obniżenia ciśnienia, są bezcelowe nakłucia lędźwiowe. Nie byłoby też bezpieczne zmniejszać wydatniej ciśnienie w kanale rdzeniowym, aby nie spowodować nagłego, a groźnego w następstwach przemieszczenia mózgowia.

Ilość nakłuć jest zależna od natężenia i uporczywości ataków. Należy raczej częściej nakłuwać, niż to czyniliśmy w opisanym przypadku, a mianowicie nawet codziennie. W ten sposób można przynieść wcześniej i wydatniej ulgę choremu, a nawet ocalić życie. Obawy, które wysuwały się, że zbyt częste nakłucia mogą wywołać szkodliwe zmiany w krążeniu krwi i ciśnieniu śródczaszkowym, nie są uzasadnione po rozważeniu całego przebiegu choroby. Należy atoli baczyć, aby wydobywać płyn powoli i w ten sposób nie dopuścić do krwawienia w komorach. Trzeba jednak wyczerpać całą zawartość komory i przez to wydatnie odciążyć ciśnienie śródczaszkowe. Nie jest natomiast wskazane podczas stanu padaczkowego, a nawet po jego uspokojeniu napełniać komory powietrzem, bo łatwo jest tym badaniem zaburzyć ciśnienie śródczaszkowe, lub podrażnić do nowych napadów. Zresztą w tych warunkach odma komorowa nie może wpłynąć na sposób i rodzaj leczenia. Wprowadzanie powietrza do przestrzeni podpajęczynówkowej nie może mieć tutaj żadnego zastosowania.

Po wygaśnięciu stanu padaczkowego należy zalecać choremu podobne postępowanie lecznicze jak po innych napadach padaczki. Jeżeli nie ma takich przeszkód jak nadmierny bliznowaty ubytek w powłokach czaszki, najwłaściwszym sposobem leczenia jest zabieg operacyjny. Mimo właściwego wykonania zabiegu nie można nigdy przewidzieć, czy nastąpi trwałe i zupełne wyleczenie z padaczki.

Opróżnianie komór nie zapobiega tajemniczym pobudkom wyzwalającym napady padaczki pourazowej. Zabiegi te działają doraźnie podczas „stanu padaczkowego", kiedy wysokie ciśnienie śródczaszkowe podtrzymuje napady i zagraża życiu chorego. Nakłucia komór są zabiegiem łatwym do wykonania, nie narażają chorego i dały doskonały wynik, nieosiągalny zapomocą innego postępowania.

Dr med. KLINOWSKI CZESŁAW — Kraków

Leczenie chorób oczu krótkimi falami

Z Kliniki Okulistycznej Uniw. Jagiellońskiego w Krakowie

W ostatnich latach leczenie chorób oczu krótkimi falami znajduje wszędzie coraz szersze zastosowanie. W światowym piśmiennictwie okulistycznym znajdujemy szereg prac, opartych na dużym materiale doświadczalnym i klinicznym, które ugruntowują naukowe podstawy stosowania krótkich fal w lecznictwie ocznym.

U nas jednakże leczenie chorób oczu krótkimi falami jest naogół mało znane. Sądzę, że jest to wynikiem głównie trzech przyczyn.

Jedną z nich jest niechęć, a może i obawa lekarzy przed stosowaniem elektrolecznictwa w ogóle. Wymaga ono pewnej wiedzy, wykraczającej już poza ogólne wykształcenie lekarskie i jest trudniejsze do opanowania niż lecznictwo farmakologiczne. Często nieumiejętne albo nieuważne stosowanie tego leczenia może przynieść choremu nawet wielkie szkody.

Drugą z przyczyn jest zupełny brak w naszym piśmiennictwie okulistycznym doniesień omawiających już to technikę, już to wskazania i przeciwwskazania stosowania krótkich fal w chorobach oczu. Lekarz, nawet posiadający aparat krótkofalowy, jeśli używa go do leczenia oczu, stosuje krótkie fale empirycznie, nic więc dziwnego, że najczęściej nie uzyskuje żadnych wyników leczniczych albo tak nieznaczne i nierówne, że zarzuca ten sposób leczenia. Piśmiennictwo obce jest dla niego przeważnie niedostępne, a jeśli nawet przeczyta to, czy owo doniesienie poruszające omawiany przedmiot, to brak mu całokształtu zagadnienia, poszczególne bowiem prace przeważnie urywkowo tylko ujmują leczenie chorób oczu krótkimi falami.

Trzecią przyczyną jest kwestia posiadania przyrządu krótkofalowego. Przyrząd jest kosztowny i wobec ogólnego zubożenia posiadanie jego jest rzadkim zjawiskiem.

Co do pierwszej przyczyny, to jak to niżej przedstawię, jest ona, w odniesieniu do leczenia krótkimi falami nieistotna. Drugą przyczynę pragnąłbym w miarę możności usunąć. Zadaniem bowiem ni-

niejszej pracy jest omówienie, na podstawie piśmiennictwa, całokształtu zastosowania krótkich fal w okulistyce, oraz podanie wyników własnych spostrzeżeń.

Jeśli zaś idzie o trzecią przyczynę, to mniemam, że obecnie przestanie ona być przeszkodą wprowadzenia leczenia krótkofalowego do okulistyki. Wobec tendencji władz do otoczenia jak największą opieką zdrowotną naszego społeczeństwa i zapewnienia mu wszelkich możliwości leczniczych, sądzę, że w okresie powojennym lekarz, a przede wszystkim zakłady lecznicze będą miały dogodne możliwości pozyskania przyrządu krótkofalowego, jak i przyrządów, które w lecznictwie przedstawiają istotną wartość.

Właściwość krótkich fal jest ta sama, co fal radiowych, są one tylko od tych ostatnich krótsze i mają długość od 3 do 30 metrów. Częstotliwość krótkich fal jest 50 do 100 razy wyższa niż fal diatermicznych. Ponieważ przenikliwość fal staje się lepsza wraz z większą ich częstotliwością, przeto krótkimi falami uzyskuje się lepsze działanie głębokie, niż diatermią (El Tobgy). Jak wiadomo, przy wszystkich zakaźnych świeżych sprawach leczenie przegrzaniem jest bezwzględnie przeciwwskazane. Natomiast przy naświetlaniach krótkimi falami właśnie w ostrych ropnych zapaleniach osiąga się najlepsze wyniki (Ikui).

Krótkie fale powodują przede wszystkim przegrzanie tkanek z rozszerzeniem naczyń, przekrwieniem, wzmożeniem przemiany płynów tkankowych i fagocytozy (Bürki).

Birch-Hirschfeld uważa działanie krótkich fal nie tylko za czyste działanie cieplne, ale przypuszcza, że powodują one także obniżenie napięcia nerwu współczulnego, zmiany ośrodków jonów, zwiększenie przepuszczalności naczyń włosowatych, a może nawet zabójcze działanie na bakterie. Hyposympatykotoniczne działanie krótkich fal podkreśla też Corrado.

Podczas gdy Birch-Hirschfeld przypuszcza tylko bakteriobójcze dzialanie krótkich fal, a Grüter przypisuje im tylko właściwość zahamowania rozwoju zarazków, to Gutsch i El Tobgy podnoszą ich bakteriobójcze działanie. El Tobgy ponadto pisze o zmniejszeniu zawartości wody w tkankach, oraz zmniejszeniu zawartości sodu i potasu we krwi pod wpływem krótkich fal.

Bürki spostrzegał następujące działanie krótkich fal na zdrowe oko: przekrwienie naczyń spojówki i tęczówki, częste wystepowanie komórek wędrujących do płynu przedniej komory, zwężenie źrenicy, nieznaczne wzmożenie ukrwienia tarczy, obniżenie ciśnienia wewnątrz-gałkowego i obniżenie ciśnienia rozkurczowego w tętnicach siatkówki. Spadek ciśnienia rozkurczowego w tętnicach siatkówki podnosi również Bietti.

Zastosowanie krótkich fal wywołuje, jak to podaje Carlotti, Bucalossi, Corrado, rozszerzenie naczyń siatkówki. Gutsch widywał jak rozszerzają się naczynia siatkówki podczas naświetlania oka krótkimi falami. Birch-Hirschfeld odnosił jednak wrażenie, że przy rozszerzaniu naczyń siatkówki współdziałają osobliwe osobnicze okoliczności.

Wyniki lecznicze działania krótkich fal zależą od szeregu czynników, a więc: od napięcia użytego prądu, od długości fal, od odległości i ustawienia elektrod, od czasu trwania naświetlania i od ilości naświetlań, wreszcie od etiologii, przebiegu i umiejscowienia schorzenia.

Do celów okulistycznych jest przydatny aparat krótkofalowy dający fale długości 6 metrów a wydajności około 300 Watt. Najczęściej używanym przez autorów był aparat Ultratherm, miały jednak również zastosowanie aparaty: Elektrodyn, Metalix 350, Undala Standart i Undala B, Brevix II, Aloka A i inne.

Aparat krótkofalowy powinien być tak wyregulowany, aby pacjent podczas naświetlania odczuwał mierne ciepło. Uzyskiwano to przy użyciu prądu 19 V (Birch-Hirschfeld), 18—19 V (de Decker i Arendt) 18—22 V (Bucalossi).

Najlepsze wyniki uzyskano falą długości 6 mtr (Bergler, Gutsch, Bietti, Kuwahara, Scheyhing, Grósz, Bürki i inni). Gutsch na podstawie dwuletniego doświadczenia na materiale liczącym ponad 700 przypadków pisze, że działanie fali 12 mtr było wyraźnie gorsze, podczas gdy między 4 mtr a 6 mtr falą nie widział różnicy w skutkach.

Jako elektrod do naświetlań oczu używano albo szalkowych elektrod szklanych Schliphakego, albo elektrod elastycznych. Częściej były w użyciu elektrody szklane, elektroda czynna (oczna) o średnicy 4 cm, elektrodą nieczynna o średnicy 8,5 cm.

Z elektrod elastycznych, o średnicy 5 cm, nieczynna o średnicy 10 cm (Rabinowitsch) lub też o wymiarach 12×17 cm (Bürki) albo 20×25 cm (Gutsch). Elektrody szklane są praktyczne w użyciu, łatwo dają się odkazić. Elektrody elastyczne zato można modelować odpowiednio do oczodołu i dobrze ustalić za pomocą zwykłej opaski. Elektrodę czynną ustawia się przed okiem, elektrodę nieczynną za karkiem chorego. Oddalenie elektrod od oka i okolicy karku ma duże znaczenie. Ustalenie odległości przedniej elektrody od oka zależy od zamierzonego osiągnięcia działania: jeśli działanie ma być powierzchowne, elektrodę się przybliża, jeśli natomiast chce się uzyskać głębokie działanie, oddala się elektrodę od oka (Bietti). Elektroda ta nie powinna być w dalszej odległości od oka niż 3 cm (Bietti). Bucalossi ustawiał ją 1,5—2 cm przed okiem, Gutsch 1—3 cm. Elektoda nieczynna powinna znajdować się około 4 cm za karkiem. El Tobgy uważa, że wielkość i odległość elektrod od miejsca, które poddaje się leczeniu, winna być równa, by uzyskać najlepszy wynik. Są przypadki, które wymagają innego ustawienia elektrod, niż przednio tylne. Na przykład w leczeniu pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego Rabinowitsch ustawiał elektrody o średnicy 9 cm w oddaleniu 3—4 cm od każdej skroni.

Ustawienie elektrod szklanych jest łatwe dzięki ruchomym ramieniom, na których są one osadzone. Ustalenie elektrod sprężystych w odpowiednim oddaleniu uzyskuje się przez warstwę gumy, pilśni lub waty, położoną na zamknięte powieki oka lub na skórę karku i podtrzymywaniu ich za pomocą opaski.

Naświetlania krótkimi falami, przy użyciu fali 6 mtr, rozpoczynali autorzy stosując je od 5 do 10 minut, lub od 10 minut, powoli podnosząc czas na-

świetlań do 20 minut. Określenie czasu trwania pierwszego naświetlania zależy od przypadku, który miano naświetlać. I tak Birch-Hirschfeld w szczególnie bolesnych schorzeniach naświetlał z początku próbnie tylko 6 minut. Naświetlania przeprowadzano początkowo przeważnie codziennie, później co drugi dzień.

Przeciętna ilość naświetlań wynosiła od 5 do 20; ilość ta zależy od choroby i jej przebiegu. Serie 20 naświetlań można, jak podaje El Tobgy, kilkakrotnie powtarzać. Bietti naświetlał niektórych pacjentów nawet 70 razy.

Zastosowanie krótkich fal nie wywołuje wedle Carlottiego i Hausmanna żadnych podmiotowych dolegliwości. Kirisava podaje, że objawy uboczne podczas naświetlania krótkimi falami można ledwo zauważyć. Burki widywał jako niepożądane objawy uboczne, ale tylko rzadko, bóle głowy albo uczucie ucisku w głowie. Gutsch i Bietti nie zauważyli żadnych nieprzyjemnych objawów poza nieznacznymi, pojedynczymi bólami głowy, które zresztą szybko znikały.

Ani jeden z autorów nie zauważył żadnych uszkodzeń. Nie zauważono nigdy powstawania zaćmy. Bietti nawet wyklucza zupełnie uszkodzenia w czasie naświetlań lub uszkodzenia późne. Rzecz jasna, że nie wchodzą tu w rachubę schorzenia, które stanowią przeciwwskazania do leczenia krótkimi falami.

Wyniki lecznicze stosowania krótkich fal w okulistyce, oprócz techniki ich stosowania, zależą przede wszystkim od samego schorzenia. W omówieniu przeto wyników leczniczych uzyskanych przez autorów wydaje mi się właściwym uszeregowanie schorzeń oczu wedle ich podatności na leczenie krótkimi falami. Odnośnie więc do wpływu i skuteczności krótkich fal można schorzenia oczu podzielić na trzy następujące grupy:

1. grupę schorzeń, w których leczenie krótkimi falami daje dobre, względnie bardzo dobre wyniki;

2. grupę schorzeń, które nie reagują na leczenie krótkimi falami;

3. grupę schorzeń, przy których stosowanie naświetlań krótkimi falami jest przeciwwskazane.

Grupa I

W tej grupie schorzeń na czoło wysuwają się ostre ropne zapalenia powiek, woreczka łzowego, gruczołu łzowego i tkanek oczodołu. Wszyscy autorowie podkreślają zgodnie nadzwyczaj dobry wpływ leczniczy krótkich fal w tych schorzeniach. Leczenie tych schorzeń krótkimi falami okazało się najlepsze ze wszystkich dotychczas stosowanych sposobów leczniczych. Nie powinno ono jednak zastąpić koniecznej interwencji chirurgicznej.

Bardzo dobre wyniki lecznicze uzyskano następnie we wrzodach rogówki, zakażonych przebijających ranach oka, w zakażeniach pooperacyjnych i ropniach szklistki.

Nadzwyczaj skuteczne okazało się leczenie krótkimi falami schorzeń opryszczkowych rogówki.

Wysoce korzystny wpływ wywierały krótkie fale w leczeniu neuralgii gałęzi nadoczodołowej nerwu trójdzielnego.

Stosowanie krótkich fal wpływało bardzo korzystnie na skrócenie przebiegu choroby w pozagałkowym zapaleniu nerwu wzrokowego.

W porażeniach mięśni ocznych Kirisava stosował krótkie fale z dobrym wynikiem. Również Gutsch i Ikui widywali cofanie się porażeń mięśniowych pod wpływem działania krótkich fal. Bietti natomiast w porażeniach mięśniowych otrzymywał wyniki zmienne.

Wpływ leczniczy krótkich fal w zapaleniach tęczówki i ciałka rzęskowego był następujący:

Gutsch w 78 przypadkach przewlekłego zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego obserwował niezaprzeczalnie dobry wpływ naświetlań (uzyskiwał szybkie zblednięcie oczu, wessanie osadów, znikanie bólów i rozjaśnianie szklistki).

Ikui widział dobry wynik przy leczeniu zapalenia tęczówki (znikało nastrzykiwanie rzęskowe, zmniejszały się osady, zaćmienia szklistki wyjaśniały się).

Birch-Hirschfeld podaje, że samoistne zapalenie tęczówki reagowało właściwie bardzo dobrze. Rieger natomiast pisze, że wedle jego doświadczeń, samoistne zapalenia tęczówki nie reagują na krótkie fale.

Phillips i Bietti mieli dobre wyniki w ostrych formach zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego. Bietti ponadto podaje, że godne wzmianki są także wyniki w *uveitis*, zwłaszcza w *uveitis anterior* różnego pochodzenia.

Kirisava donosi, że bardzo skutecznie działają krótkie fale w zapaleniu tęczówki z tworzeniem guzków.

W gośćcowym zapaleniu tęczówki dobre wyniki mieli Grósz i Scheyhing. W pooperacyjnych zapaleniach tęczówki również dobre wyniki uzyskiwali Phillips i Gutsch.

Nadzwyczaj dobrze, wedle Gutscha, ma oddziaływać na krótkie fale gruźlica oka, a zwłaszcza schorzenia gruźlicze ciałka rzęskowego (przy równoczesnym bezsolnym żywieniu), tak wysiękowe jak i wytwórcze. Również Kirisava podnosi skuteczność naświetlań w gruźliczych schorzeniach oka. El Tobgy we wskazaniach leczenia krótkimi falami umieszcza gruźlicze zapalenie tęczówki. Czyni to również i Birch-Hirschfeld.

Wedle Gutscha wysoką wartość okazują krótkie fale przy schorzeniach siatkówki i naczyniówki, bo inaczej trzebaby w tych schorzeniach często zrezygnować chyba z jakiegokolwiek leczenia, gdyż okazuje się ono wprost bezcelowe. Z powodu możliwości przegrzania także tylnego odcinka oka i z powodu działania rozszerzającego na naczynia, wzmożenie wessania i bakteriobójczego działania krótkich fal otrzymywał Gutsch dobre wyniki w ogniskach zapalnych naczyniówki i siatkówki. Birch-Hirschfeld w 15 przypadkach wysiękowego zapalenia naczyniówki i siatkówki miał wyniki bardzo dobre.

Ikui natomiast podaje, że działanie krótkich fal w schorzeniach naczyniówki i siatkówki jest niezupełnie równe: podczas gdy w kilku jego przypadkach bez wątpienia wystąpiło szybkie cofanie się zmian chorobowych i polepszenie bystrości wzroku, to w innych przypadkach nie widział wyników. Podobnie

i Bürki w schorzeniach jagodówki miewał rzadko dobry wynik.

Bardzo ciekawe są spostrzeżenia działania krótkich fal w zwyrodnieniu barwikowym siatkówki. I tak w przypadkach tego schorzenia Kirisava uzyskał po naświetlaniach polepszenie bystrości wzroku, wątpi jednak w stały skutek polepszenia. Bucalossi natomiast w 7 przypadkach zwyrodnienia barwikowego siatkówki spostrzegał polepszenie bystrości wzroku (2 do 3-krotnie) oraz rozszerzenie pola widzenia. Polepszenie wzroku i pola widzenia utrzymawało się przez okres obserwacji trwającej ponad pół roku. Bucalossi przeto skłania się do tego, aby krótkim falom przyznać pierwsze miejsce w leczeniu barwikowego zwyrodnienia siatkówki.

Jest zrozumiałe, że w tej grupie schorzeń stosowanie krótkich fal nie było leczeniem wyłącznym, bo w okulistyce prawie że nie ma leczenia wyłącznego. Oprócz leczenia krótkimi falami autorzy przeprowadzali przeważnie leczenie zwykle stosowane.

Grupa II

Do grupy schorzeń, które wedle spostrzeżeń autorów nie oddziaływują na leczenie krótkimi falami, należą:

Zapalenia spojówek (Phillips),

Przewlekłe zapalenia brzegów powiekowych (Grósz),

Przewlekłe zapalenia woreczka łzowego (Grósz),

Przewlekłe zapalenia twardówki i nadtwardówki (Kirisava, Gutsch),

Zapalenia pryszczykowe rogówki i spojówki (Kirisava),

Miąższowe zapalenie rogówki w późniejszym okresie (Bietti),

Schorzenia degeneracyjne rogówki i siatkówki (Bergler, Grósz, Bürki),

Zapalenie współczulne (Grósz),

Zaćmy (Grósz, Gutsch, Kirisava),

Zanik nerwu wzrokowego (Gutsch, Grósz).

Grupa III

Do grupy schorzeń, w których zastosowanie krótkich fal jest przeciwwskazane, należą:

Schorzenia ze skłonnością do krwawień, ponieważ krótkie fale wywołują długotrwałe przekrwienie czynne naczyń włosowatych (Grósz).

Retinopathia arteriosclerotica (Ikui, Bürki),

Arteriosclerosis cerebri (Bürki),

Guzy oka i jego okolicy (Grósz, Bürki),

Oderwanie siatkówki (Grósz, Bürki); Gutsch natomiast nie stwierdził żadnego działania krótkich fal w oderwaniach siatkówki.

Kirisava przeciwwskazanie stosowania krótkich fal w jaskrze tłumaczy tym, że po naświetlaniu spada ciśnienie śródgałkowe tylko przejściwo, z czasem zaś znów powraca, a nawet jeszcze wzmaga się. Gutsch i El Tobgy natomiast podają, że leczenie krótkimi falami przypadków jaskry pozostaje bez skutku. Do odosobnionych wyników doszedł Ruedemann i Corrado. Ruedemann przy zastosowaniu fali długości 24 mtr i naświetlaniach trwających od 15 do 20 minut dwa razy dziemnie uzyskał w przypadkach ostrej jaskry obniżenie ciśnienia i bardzo dobre złagodzenie bólu, w przypadkach zaś przewlekłej jaskry słabe wyniki.

Corrado w 20 przypadkach jaskry pierwotnej, leczonych krótkimi falami (długość fali 6 mtr), uzyskał zaraz albo w kilka godzin po naświetlaniu obniżenie ciśnienia wewnątrzgałkowego, które po 24 godzinach powracało do poprzedniej wysokości i dopiero seria naświetlań dawała mu trwałe obniżenie ciśnienia. Przy tym im jaskra miała przebieg ostrzejszy, albo zaostrzenie jaskry przewlekłej było wydatniejsze, tym wydatniejsze było działanie krótkich fal.

Z zestawień powyższych wynika, że zakres stosowania krótkich fal w chorobach oczu jest bardzo szeroki. Wartościowe wyniki działania krótkich fal, uzyskane przez autorów w pewnych schorzeniach zachęcają do jaknajszerszego stosowania tego sposobu oraz pogłębienia i rozszerzenia obecnej wiedzy o leczeniu chorób oczu krótkimi falami. Wydaje mi się, że biologiczne działanie krótkich fal zapewnia im w okulistyce dobrą przyszłość.

Spostrzeżenia moje, co do działania krótkich fal, obejmują 6 przypadków wrzodu pełzającego rogówki, dwa przypadki ropowicy pourazowej powiek oraz dwa przypadki opryszczki rogówki.

Ponieważ klinika nasza nie posiada przyrządu krótkofalowego, korzystaliśmy z aparatu Pandoros, będącego własnością kliniki chirurgicznej. Używaliśmy fali 6 mtr, elektrod sprężystych, ustawiając elektrodę czynną w odległości 1,5 cm przed okiem, nieczynną w odległości 3 cm za karkiem chorego i rozpoczynając naświetlania od 10 minut, codziennie podnosząc czas naświetlań o jedną minutę. Przeciętna ilość naświetlań wynosiła 6 posiedzeń. Dawkowaliśmy naświetlania tak, że chory w czasie trwania naświetlania zaledwie odczuwał cieplo.

We wszystkich przypadkach wrzodu pełzającego rogówki w porównaniu z innymi przypadkami tego schorzenia nie leczonymi krótkimi falami zauważyliśmy:

1. szybkie znikanie po naświetlaniu bólu okołooczodołowego,

2. samoistne i szybkie wchłonięcie ropy z komory przedniej,

3. szybsze oczyszczanie się wrzodu, oraz

4. odnosiliśmy wrażenie, że uzyskaliśmy delikatniejsze blizny, niż w przypadkach porównawczych.

Zarówno przypadki, które poddawaliśmy działaniu krótkich fal, jak i przypadki porównawcze wrzodu pełzającego rogówki, leczyliśmy jednakowo uderzeniem albucidowym, miejscowo zaś stosując przepłukiwania roczynem oxycjanatu rtęci 1 : 5000, $10^0/_0$ maść albucidową oraz w miarę potrzeby rozczyn atropiny $1^0/_0$ lub skopolaminy $^1/_4{}^0/_0$ Do naświetlań braliśmy przypadki w różnych stadiach przebiegu wrzodu i przy różnej rozległości wrzodu, na tle dwoinki zapalenia płuc (trzy przypadki), paciorkowcowego (dwa przypadki), i gronkowcowego (jeden przypadek). Porównawczo zawsze uzyskaliśmy skrócenie przebiegu choroby oraz wydatne złagodzenie objawów podmiotowych. Ani jeden z chorych nie skarżył się na jakiekolwiek dolegliwości w czasie naświetlań, przeciwnie, chorzy bardzo chętnie poddawali się działaniu krótkich fal i nawet wyczekiwali z dnia na dzień na naświetlania, tak że możnaby

odnosić wrażenie pewnego wpływu psychicznego leczenia krótkofalowego na chorego.

Na podstawie spostrzeżeń w tych sześciu przypadkach mogę wnisokować, że stosowanie krótkich fal stanowi dobry sposób spośród wielu innych sposobów leczenia wrzodu pełzającego rogówki z nagromadzeniem ropy w przedniej komorze oka.

Nadzwyczaj dobre wyniki uzyskaliśmy w dwóch przypadkach pourazowej ropowicy powiek. Zgodnie z innymi autorami widzieliśmy szybkie wchłonięcie ropy oraz złagodzenie dolegliwości chorego. Działanie to należy odnieść do właściwości krótkich fal — przyśpieszenia wessania i wzmożenia żerności komórek.

Z dwóch przypadków opryszczki rogówki leczonych przez nas krótkimi falami, jeden był świeży, drugi zaś dotyczył chorego ze stałymi nawrotami schorzenia. W obu przypadkach otrzymaliśmy wynik bardzo dobry. Pierwszy przypadek uostał wyleczony po trzech naświetlaniach, drugi po pięciu naświetlaniach. Ten drugi przypadek mam w opiece już od dwóch lat i dotychczas nie stwierdziłem nawrotu choroby, choć poprzednio chory miewał nawroty kilka razy w roku. W obu przypadkach muszę podkreślić zniknięcie już po pierwszym naświetlaniu tak przykrego dla chorego nerwobólu rzęskowego, towarzyszącego opryszce. Poza leczeniem krótkimi falami nie stosowaliśmy żadnego innego leczenia.

Na podstawie tych dwóch przypadków wydaje mi się słusznym twierdzenie autorów o prawie niezastąpionym działaniu krótkich fal w opryszczkach rogówki.

Chciałbym na podstawie mych spostrzećeń podkreślić, że stosowanie w schorzeniach oczu okładów cieplnych i uzyskiwanie przez to pośredniego przegrzania tkanek oka, nigdy nie dorówna bezpośredniemu przegrzaniu powstałemu dzięki przeistaczaniu się krótkich fal w energię cieplną w samych tkankach oka. Wiemy już, że krótkie fale mają i inne ›właściwości prócz czysto cieplnych. Wywołane przez nie przekrwienie czynne jest, wedle Biera, czynnikiem kojącym ból, potęgującym wchłanianie i wreszcie bakteriobójczym. Tak wybitnego złagodzenia bólów, jakie uzyskiwaliśmy w przypadkach leczonych przez nas krótkimi falami, nigdy nie stwierdziłem przy stosowaniu pośredniego przegrzania. oka

Kończąc, przypuszczam, że i u nas krótkie fale znajdą właściwą sobie pozycję w lecznictwie okulistycznym.

PIŚMIENNICTWO

De Decker u. Arendt: Kl. Mbl. f. Augenheilk., Tom 95, Rok 1935. — Gruter: Kl. Mbl. f. Augenheilk., T. 95, R. 1935. — Carlotti et Roland: ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 36, R. 1936. — Krause: Z. Augenheilk., T. 89, R. 1936. — Bergler: Z. Augenheilk., T. 90, R. 1936. — Gutsch: Kl. Mbl. Augenheilk., T. 97, R. 1936. — Grósz: ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 38, R. 1937. — Bietti, ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 38, R. 1937. — Kuwahara: ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 38, R. 1937. — Scheyhing: Kln. Mbl. Augenheilk., T. 98, R. 1937. — Bietti: ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 39, R. 1937. — Gutsch: Verh. Internat. Kongr. Kurzwell., ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 39, R. 1937. — Rieger: Verh. Internat. Kongr. Kurzwell., ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 39, R. 1937. — Rabinowitsch: Verh. Internat. Kongr. Kurzwell., ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 39, R. 1937. — Hausmann,: Verh. Internat. Kongr. Kurzwell., ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 39, R. 1937. — Grósz: Kl. Mbl. f. Augenheilk., T. 98, R. 1937. — Gutsch: Deutsche med. W-Schr. 1937, II. — Hausmann: Z. Augenheil., T. 93, R. 1937. — El Tobgy: ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 40, R. 1937. — Kirisava: ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 40, R. 1937. — Corrado: ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 41, R. 1938. — Birch-Hirschfeld: Kl. Mbl. f. Augenheilk., T. 102, R. 1939. — Ikui: ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 43, R. 1939. — Corrado: ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 43, R. 1939. — Bucalossi: ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 43, R. 1939. — Phillips: ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 45, R. 1940. — Ruedemann and Zeiter: ref. Zbl.. f. Ophthalmologie, T. 46, R. 1941. — Bürki: Ophthalmologie, T. 100, R. 1940.

ŚWIAT LEKARSKI W CZASIE OKUPACJI I NA PRZEŁOMIE

J. ZAJĄC Kraków

Krakowski „Dom Medyków“ w czasie okupacji i na przełomie

Wojna nie oszczędziła i „Domu Medyków“ w Krakowie, przy ul. Grzegórzeckiej 20.

Zajmując Kraków we wrześniu 1939 r. hordy hitlerowskie wtargnęły do naszego domu i zaczęły go po swojemu „urządzać“. Bibliotekę „Bratniej Pomocy Medyków U. J.“ wyrzuciły na podwórze i ...spaliły. W czasie tego „kulturalnego niszczenia“ część młodzieży medycznej z narażeniem życia zdołała wyrwać z ognia małą część palących się podręczników. Po bibliotece przyszła kolej na inne urządzenia. W połowie września 1939 r. wywieźli Niemcy cały skład zawierający 300 poduszek, 300 koców oraz potrójną zmianę bielizny i pościeli. Po dwutygodniowym pobycie hitlerowców z całego majątku „Bratniej Pomocy, który wynosił według przedwojennej wartości 300.000 zł pozostała tylko drukarnia. Poza tym pusty dom, gołe pokoje.

„Dom Medyków“ zamienili na szpital dla rannych niemieckich żołnierzy. We wrześniu 1944 r. budynek — po zabraniu wszystkich urządzeń — przekazany został ewakuowanym warszawiakom. Urządzono w nim szpital P. C. K.

Po wypędzeniu Niemców z Krakowa, przy poparciu Wojska Polskiego i Władz uniwersyteckich, pokój za pokojem przejmowała młodzież medyczna, zamieniając budynek stopniowo z powrotem na „Dom Medyków“. Ciężkie to były chwile. Przejmowaliśmy po dwa lub trzy pokoje ze wszystkiego ogołocone, pozbawione nawet żarówek. Dzięki pomocy b. w. prezesa „Bratniej Pomocy S. U. J.“, a długoletniego prezesa „Bratniej Pomocy Medyków“ dr Lebiody, rewindykowano: 30 szaf, 7 łóżek (z og. liczby

260), kilka krzeseł i stołów. Z takim majątkiem wracaliśmy do naszego akademickiego życia.

Dzięki staraniom prof. dr J. Supniewskiego, dziekana Wydziału Lekarskiego U. J. uzyskaliśmy dla „Domu Medyków“ nieco sprzętów z poniemieckich domów. Jednak to wszystko było niewystarczające. Młodzież napływała gromadnie, gnana żądzą nauki. I wreszcie nauka się zaczęła. Trzy, cztery sienniki wypchane słomą i ułożone na podłodze zastępowały łóżka, a nawet dla niektórych stół, krzesło i szafę. Na nich rozłożeni koledzy z książką lub skryptem w ręku. Takie to obrazki oglądać było można przez parę miesięcy.

Dziś niedola nasza pomału się zmniejsza. Wprawdzie i teraz jeszcze część kolegów siaduje przy stole na szufladach od szaf, ale w porównaniu z minionym okresem to ...przepych.

Dzięki subsydiom z Ministerstwa „Dom Medyków“ został po prusactwie odkażony, wymalowany i jako tako umeblowany. Jednak daleko mu jeszcze do stanu przedwojennego.

Największą naszą bolączką, to brak podręczników. Mamy własną drukarnię, a nawet cokolwiek papieru, ale równocześnie dowiadujemy się, że podobno podręczniki będą drukowane w ...Szwecji. A przecież moglibyśmy z drukowania osiągać pewne dochody i przeznaczać je na urządzanie naszego schronienia. Przede wszystkim jednak mielibyśmy się z czego uczyć.

Dlatego imieniem całej młodzieży medycznej zwracamy się do opiekującego się nami zawsze tak serdecznie Gremium Profesorskiego i Lekarzy o przyjście nam z pomocą przez ofiary ze zbędnych podręczników dla powstającej na nowo „Biblioteki Medyków“.

OCENY

„Komitet redakcyjny „Przeglądu Lekarskiego“ po zapoznaniu się z opinią czytelników o Uwagach krytycznych o książce prof. L. Zembrzuskiego „*Dzieje kierunków, teoryj i doktryn filozoficzno-lekarskich*“ dra Jerzego Pogonowskiego, które ukazały się w Nr 3—4 „Przeglądu Lekarskiego“ doszedł jednomyślnie na posiedzeniu w dniu 25. X. 1945 r. do przekonania, że Uwagi te w pewnych ustępach istotnie przekraczają miary przyjętej na ogół krytyki naukowej.

Przewodniczący Komitetu Redakcyjnego
Prof. dr J. Kostrzewski.

KRAKOWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE

Protokół
z posiedzenia naukowego z dnia 11 lipca 1945 r.

Lekarz Leńko (z Oddziału Urologicznego Szpitala św. Łazarza) na podstawie przypadków przedstawia znaczenie diagnostyki rentgenologicznej w *paranephritis*.

Na podstawie 4 operowanych ostatnio przypadków *paranephritis* dochodzi do wniosku, że badanie rentgenologiczne jest bardzo pomocnym w rozpoznawaniu tej jednostki chorobowej i podaje typowe objawy, a to skolioza funkcjonalna, zatarcie, lub zniesienie konturu *m. psoas* i cienia nerki, jednolity cień ropnia, zmiany w ułożeniu i kształcie nerki, miedniczki kielichów, moczowodu, stop moczowodowy.

W dyskusji dr Terajewicz podaje, iż pierwsza publikacja dotycząca rentgenologicznego rozpoznania *paranephritis* ukazały się w literaturze niemieckiej w 1937 lub 1938 roku. Podkreślano w nich brak ruchomości oddechowej nerki, jako wczesny objaw *paranephritis*. Referent podaje inne objawy pozwalające nawet określić siedzibę ropnia. Dr Terajewicz w swoich przypadkach zadowalał się stwierdzeniem znanych objawów klinicznych. W ostatnich zaś latach mając do dyspozycji aparat krótkofalowy nie widział potrzeby poszukiwania siedziby ropnia, gdyż po kilku naświetlaniach krótkimi falami ciepłota obniżała się, przeważnie nawet do normy, a ewentualnie tworzący się później powierzchowny ropień szybko goił się po nacięciu.

Dr Jarema (z Kliniki neurologicznej U. J.) przedstawia 2 przypadki *myasthenia gravis pseudoparalytica*. Oba przypadki dotyczą kobiet w wieku lat 21 i 22, u których cierpienie trwa od $1^1/_2$ roku i od $^1/_2$ roku. U obu początek choroby wiąże się z ciążą, której w etiologii cierpienia należy przypisać pewne znaczenie. *Ptosis, facies myopathica*, szybkie męczenie się mięśni stanowią główne objawy. Referent omówił poglądy z ostatnich 10 lat na istotę cierpienia. Przyjmowana dawniej zależność tej choroby od grasicy nie potwierdza się. Ważne są doświadczenia odnośnie do leczenia. Obok stosowanej dawniej prostigminy używa się obecnie efedryny (0,05 *p o die*) i niekiedy glykokoll. Zarówno efedryna jak i prostigmina podawane są *per os*; ta ostatnia w tabletkach po 0,015, trzy razy dziennie. Obecne wyniki lecznicze przewyższają znacznie dawne osiągnięcia.

W dyskusji nad przypadkiem demonstrowanym przez dra Jaremę zabiera głos dr Bornstein:

Gdzie tkwi źródło i przyczyna schorzenia myasthenicznego nie udało się mimo rozlicznych badań ustalić. Ogólnie stwierdza się, że przy myasthenii istnieje zaburzenie przemiany materii. Charakter tych zaburzeń nie jest ustalony i nie da się dziś jeszcze stwierdzić, czy odchylenia w przemianie mieszczą się li tylko w samym mięśniu, czy/też dotyczą zaburzeń w innych układach ciała. Zarówno gospodarka węglowodanowa jak i białkowa w szeregu punktach odbiega od normy, mimo, że pewnych danych w tej materii jeszcze nie ustalono. Zapoczątkowane przez amerykańskich autorów badania nad kreatyną zdają się mieć pewne znaczenie. Jest niewątpliwym faktem, że prostygmina wykazuje wybitne działanie lecznicze, lepsze niż którykolwiek dotąd stosowany preparat. Mimo licznych prac starających się wykazać działanie chemiczne prostygminy nie osiągnięto jasnych wyników. Utrzymuje się jak dotąd, że prostygmina działa hamująco na rozpad acekoliny. Acekolina uważana jest dzisiaj za właściwy aktywator czynności mięśniowej. Brak tego aktywatora lub szybki rozpad tegoż na skutek działania cholinesterazy zmniejsza pobudliwość i wydajność pracy mięśniowej. Pod wpływem prostygminy zmniejsza się rozpad acekoliny zarówno u osobników zdrowych jak i dotkniętych myasthenią. Zawartość acekoliny u osobników zdrowych i dotkniętych myasthenią ma być ta sama. Wedle niektórych autorów działanie prostygminy idzie w innym kierunku. Przyjmują, że resynteza kwasu mlekowego w glykogen jest w myasthenii upośledzona, pod wpływem prostygminy, resynteza ta ulega poprawie. Jest pewnikiem, że podawanie prostygminy zmienia dość charakterystycznie chronaksje mięśnia zarówno u osobników zdrowych jak i dotkniętych myasthenią. Ustalenie miejsca działania prostygminy jest sporne. Niewiadomo czy działa ona na sam nerw

w jego zakończeniach, czy na mięsień, względnie jak niektórzy przyjmują ułatwia przenoszenie bodźca z części nerwowej na mięśniową.

W dalszym ciągu dyskusji doc. Mikułowski przypomina, że z badań autorów amerykańskich nad przemianą materii w przebiegu myasthenii zdaje się wynikać, że choroba ta prowadzi do zahamowania normalnej przemiany kreatyny w kreatyninę. Zdaje się, że na ogół utrzymuje się najwięcej pogląd patogenezy wypowiedziany przez Marinesco, który dopatrywał się istoty choroby w zaburzeniu endokrino-wegetatywnym, prowadzącym do zmian czynnościowych krążenia krwi w mięśniach. Mikułowski widział przypadek enteromyastenii u dziecka, które oprócz objawów opadnięcia powiek wykazywało opadnięcie śledziony ku dołowi, analogiczne do objawu opadnięcia śledziony, jakie się spotyka w przebiegu krzywicy u niemowląt ze zniekształconą i przewężoną klatką piersiową wskutek bruzdy Harrisona. Mikułowski obserwował w Warszawie przed kilku laty dwa przypadki myastenii u dziewczynek. W obu przypadkach obraz kliniczny przedstawiał duże analogie z demonstrowanymi dziś przypadkami i w obu pediatrzy korzystali z pomocy diagnostycznej neurologa. Gdy w jednym przypadku poglądy pediatrów pokrywały się z opinią neurologa, to w drugim przypadku pozostał pewien rozdźwięk między oceną i interpretacją neurologiczną a pediatryczną. Wywiady stwierdzały, że chorobę poprzedzało bezpośrednie przybycie błonicy, rozpoznanej przez jednego z poważnych pediatrów i leczonej surowicą. U dziecka tego, przedstawiającego cechy myastenii w postaci twarzy Gowers'a, apokamnozy Goldflama, dodatniego odczynu Jolly'ego, fakt anamnestycznie przebytej błonicy zmuszał Mikułowskiego do zachowania pewnej rezerwy rozpoznawczej i jakkolwiek przypadek skończył się śmiertelnie, do dziś trudno jest rozstrzygnąć, czy w przypadku tym chodziło istotnie o myastenię, czy o zapalenie wielorakie nerwów natury błoniczej. Wiadomo bowiem, że zdaniem Oppenheima i Kramera w przebiegu *polyneuritis* w ogóle, a w przebiegu *polyneuritis* błoniczej w szczególności obserwować można często obecność odczynów myastenicznych.

W dalszym ciągu dyskusji zabierał głos doc. Brzezicki i doc. Kowarzyk, który podniósł, że teoria nadczynności cholinesterazy przy *myasthenia gravis pseudoparalytica* według stanu wiedzy z roku 1939 nie posiadała eksperymentalnych podstaw. Stan chorych poprawia się przejściowo nie tylko po prostygminie, lecz również po preparatach gwanidynowych, a nawet po acetylocholinie, co pozostaje w sprzeczności z teorią cholinesterazową. Skuteczność terapeutyczna glikokolu jest mało zrozumiała, gdyż glikokol jest substancją endogenetyczną stale w ustroju wytwarzaną.

Dr Jarema w odpowiedzi, jak odróżnić *polyneuritis* i *myasthenia* u dzieci podnosi: 1) badanie elektromotoryczne da szybką odpowiedź — w przypadku *myasthenia* wystąpi pod wpływem prądu faradycznego swoista reakcja myasteniczna, 2) obserwacja ruchów czynnych — w przypadku *myasthenia* swoista apokamnoza, 3) swoiste działanie prostygminy w *myasthenia* — ustępowanie objawów porażeń itd. W odpowiedzi na pytanie co do działania efedryny podnosi, że polega ono na: 1) polepszeniu przenoszenia bodźców ruchowych nerwu na mięsień, 2) wzmocnieniu działania krążącej adrenaliny, 3) wzmocnienie impulsów nerwów sympatycznych.

W dalszym ciągu posiedzenia dr Rajchel (z Kliniki neurologicznej U. J.) przedstawia niejasny przypadek zaburzeń nerwowych z objawami psychicznymi.

Chory lat 46 o prawidłowej dotąd psychice zaczął wyraźnie zmieniać się od roku: stał się przygnębiony, musiał przestać pracować, wydalał się z domu bez celu, cierpiał na bóle głowy i nie mógł pisać; jak sam podał „ma jakby słabszą pamięć i stracił zadowolenie życiowe". W czasie obserwacji okazało się, że chory ma jakieś ataki, z których jedne są krótkie, drugie dłuższe. Ataki pierwsze są to jakby krótkotrwałe, ostro występujące zawroty głowy: nagle robi się ciemno w oczach, szum w uszach, robi mu się mdło; stan ten zatrzymuje chorego w chodzie: „gdyby trwał dłużej niż sekundę — mówi chory — toby człowiek musiał upaść". Drugie ataki są dłuższe trwają do $^1/_2$ godziny i powtarzają się 2—3 razy dziennie. Ale może minąć dzień i bez ataku. Czasem chory wie o zbliżaniu się ataku, ale nie zawsze. Ciało robi się bezwładne (w tym czasie nie mógłby wstać, ani iść), myśl się urywa, myśli nie ma żadnych, głucho w głowie się robi. O ile ma oczy otwarte, to widzi, ale czasem powieki zamykają mu się automatycznie. Słyszy, co się do niego mówi, ale polecenia wykonać nie może: „gdy myśl nie pracuje — gdy myśl jest odrętwiała, to nic nie można wykonać". Początek ataku jest różny. Czasem zaczyna się od krótkiego okrzyku „E! A!". Kiedy indziej stwierdza się jakby przygotowanie do ataku w postaci coraz bardziej zwolnionych reakcyj, co najlepiej uwidacznia się w mowie. Najczęściej typowy atak zaczyna się zupełnie niespostrzeżenie. W pewnej chwili po prostu stwierdzamy, że straciliśmy kontakt ze spojrzeniem chorego, że odpowiedzi i czynności chorego mają charakter zupełnie automatyczny. „L'homme machine". Stan ten kończy się najczęściej z fotograficzną dokładnością stereotypowym ruchem rezygnacji oraz pewnego rodzaju krótkodystansową fugą, której towarzyszy swoiste przeżycie uczuciowe, po czym chory wraca do normy. Przedmiotem naszego zainteresowania w tym przypadku są owe ataki, które oczywiście stoją w ścisłym związku z całokształtem obrazu chorobowego. Czym są owe ataki nie umielibyśmy jeszcze odpowiedzieć, różniczkowanie może być zatem przeprowadzone tylko według pewnych wyróżniających elementów składowych. Różniczkowanie fragmentaryczne może iść w różnych kierunkach: 1) petit mal tak, jak je przyjmuje np. Bumke, 2) afazja intermittens oraz 3) stupor. Zdajemy sobie jednak sprawę, że dopiero wszystkie te trzy elementy razem wzięte oraz jeszcze bliżej nieokreślony współczynnik, mogłyby dać w przybliżeniu obraz naszego zespołu.

Protokół
z posiedzenia naukowego z dnia 18 lipca 1945 r.

Dr Chłopicki, ordynator Oddziału neurologicznego Szpitala im. G. Narutowicza, przedstawia przypadek rozwijających się zmian psychiki na tle miażdżycy naczyń mózgu.

Osobnik lat 61, sędzia z zawodu, od kilku miesięcy skarży się na łatwe męczenie się przy pracy umysłowej — dawniej mógł dużo i łatwo pracować. Przy męczeniu dostaje bólów na szczycie głowy, wówczas traci wątek myśli, doznaje pustki albo zamętu w głowie i musi przerwać pracę, chwilę odpocząć, po czym na krótko potrafi znowu pracować. Motywy zwykłego wyroku sądowego obecnie pisze tygodniami — dawniej załatwiał to na poczekaniu. Według relacji brata chorego — zmienił się on z usposobienia, stał się bardzo nerwowy, wybucha z lada powodu, czasem odzywa się nawet ordynarnie, rzuca o ziemię filiżankami albo też „ryczy" głośno, żeby się „wyładować". Poprzednio w zachowaniu się zawsze był poprawny i grzeczny.

Badaniem przedmiotowym stwierdza się budowę typu raczej piknicznego z charakterystycznym dobrym unaczynieniem skóry bez rzucających się w oczy rozszerzeń naczyń, odżywienie dobre, ciśnienie 130/70 — tętno 72, tony serca cośkolwiek głuchawe, brak wybitniejszych zmian naczyń obwodowych. W stanie neurologicznym poza nieco ospałym oddziaływaniem źrenic na światło i śladem pewnej maskowatości twarzy odchyleń od normy nie stwierdza się. Dno oczu bez zmian.

Pod względem psychicznym chory zorientowany względnie dobrze co do czasu, miejsca i otoczenia. Reakcje uczuciowe żywe, żywo również gestykuluje, mówi dość szybko. Rzucającym się w oczy objawem jest szybkie męczenie się chorego. O ile w stanie wypoczynku wykazuje względną sprawność umysłu — potrafi stosunkowo dobrze opowiedzieć przeczytany krótki ustęp, potrafi podać różnicę pomiędzy pojęciami oderwanymi (dobroć—sprawiedliwość, omyłka—kłamstwo), wytłumaczyć znaczenie przysłów — o tyle w stanie zmęczenia, występującego u pacjenta niezwykle szybko, traci prawie zupełnie zdolność wykonywania tych czynności umysłowych (nie jest wówczas w stanie streścić przeczytanego, wszystko z pamięci ulatuje itd.). To łatwe męczenie się chorego uwydatnia się zwłaszcza przy badaniu uwagi metodą Bourdona przez polecenie podkreślania w danym tekście kilku liter. Wówczas chory początkowo robi mało błędów, opuszczając podkreślenie zaledwie kilku liter, a później w miarę męczenia się popełnia tych błędów coraz więcej — przy końcu zaś danego tekstu ogromna większość liter zostaje przez niego pominięta. Coś podobnego powtarza się przy próbie pisania np. opisywania swego stanu. Kilka krótkich zdań chory pisze względnie dobrze (popełniając jednak przy tym drobne błędy, przez opuszczenie ogonka w ą, ę itp.) po czym pisać przestaje, oświadczając, że musi „wypocząć", że doznaje zamętu w głowie, myśl mu ucieka, o niczym myśleć nie potrafi itp.

Badania dodatkowe: krew i płyn mózgowo-rdzeniowy na OWa dały wynik ujemny, poza tym płyn mózgowo-rdz. i mocz odchyleń od normy nie wykazały.

Ref. zaznacza, że w tym przypadku na uwagę zasługuje zachowanie przez pacjenta pozorów sprawności psychicznej,

a właściwie poprawności psychicznej przy objawach niewątpliwej niedomogi czynności psychiki — (co jest typowym zresztą dla grupy psychoz starczych) — oraz wyraźnego napiętnowania obrazu tej niedomogi zaburzeniami typu naczyniowego „claudication fonctionelle“ — jak to nazywają autorzy francuscy. I o ilebyśmy razem z Delacroix przyjęli, że życie psychiki człowieka polega na współdziałaniu czynności automatycznych, nawykowych i czynności właściwie twórczych — to w tym przypadku mielibyśmy znacznie zredukowane a praktycznie prawie zupełnie wyeliminowane czynności twórcze przy dominowaniu automatyzmów i nawyków, stanowiących główne wiązania tej „fasady“ dawnej osobowości chorego, jaka mu obecnie jeszcze pozostała.

W dyskusji zabierał głos prof. Miodoński, po czym dr Szczeklik (z Oddziału wewnętrznego I B Szpitala św. Łazarza) wygłosił odczyt pt.: „Uszkodzenia układu przewodzącego w zawale mięśnia sercowego jako objaw lokalizacji“ (ukaże się w druku w „Przeglądzie Lek.“).

Doc. dr Tochowicz w dyskusji nad odczytem dra Szczeklika zaznacza, że wobec istnienia bardzo licznych połączeń między różnymi odgałęzieniami tętnic wieńcowych lewej i prawej, trudno nieraz jest na podstawie wyglądu krzywej Ekg ściśle ustalić, która z drobnych gałązek wieńcowych została wyłączona z krążenia w przebiegu zawału. Z tego też względu unikamy nazwy, zawał lewej albo prawej tętnicy wieńcowej, a mówimy o zawale ściany przedniej lub tylnej komory lewej. Z badań licznych autorów (Smith, Crainician, Vischia, Condorelli, Coello i inni) wiemy, że tętnice wieńcowe nie są końcowe lecz tworzą obfitą sieć połączeń między sobą, przy czym ilość tych połączeń z biegiem lat ma wzrastać. Sieć tych połączeń ma być szczególnie obfita w sąsiedztwie układu podnietotwórczo-przewodzącego, i to ma chronić ten układ od zaburzeń krążeniowych, co klinicznie przejawia się stosunkowo rzadko spotykanymi zaburzeniami przewodnictwa, w przebiegu niedrożności jednej z tętnic wieńcowych. Podnieść tutaj też należy że gałązki tętnicze odżywiające węzeł Keith-Flecka niekiedy wcale nie należą do krążenia wieńcowego, a samoistnie odchodzące wprost od tętnicy głównej lub nawet lewej tętnicy oskrzelowej. Przy rozważaniu rokowania w przebiegu zawału mięśnia sercowego, podstawowym czynnikiem jest cały obraz kliniczny, a Ekg bardzo ułatwia nam to zadanie, ale pod warunkiem, że uwzględniać będziemy zachowanie się obrazu Ekg przy kilkakrotnym jego wykonywaniu w pewnych odstępach czasu. Krzywa Ekg w przebiegu zawału mięśnia sercowego jest niewątpliwie odbiciem głównie zmian anatomicznych w krążeniu wieńcowym, szczegół zaś, która z drobnych części gałązek wieńcowych stała się niedrożną niewiele nam pomaga dla rokowania, a ze względu na istniejące liczne połączenia, mógłby nas sprowadzić na mylne rozumowanie. Sam obraz Ekg. przy kilkakrotnym badaniu daje nam pojęcie w jakim stopniu i w jakim czasie krążenie wieńcowe wyrównuje się po przebytym zawale, co niewątpliwie przy uwzględnieniu całego przebiegu klinicznego, pozwala nam wyciągać wnioski odnośnie do przyszłości chorego.

Dr Tochowicz podnosi, że częstoskurcz niemiarowy ma bardzo różnorodne przyczyny patogenetyczne i z tego względu nie ma żadnego znaczenia dla rozpoznania zawału mięśnia sercowego, jeżeli zaś migotanie przedsionków wystąpi w przebiegu zawału, to niewątpliwie może to świadczyć o upośledzonym krążeniu wieńcowym w obrębie układu podnietotwórcego, ale dla wyciągania wniosków rokowniczych musimy wiedzieć czy mamy do czynienia ze stale się utrzymującym, czy też z napadowym częstoskurczem niemiarowym w następstwie chwilowego czynnościowego niedokrwienia tego układu wskutek ogólnego zapadu naczyniowego.

W dalszym ciągu dyskusji nad odczytem dra Szczeklika zabiera głos prof. Miodoński, po czym w odpowiedzi prelegent oświadcza:

Kol. Tochowiczowi, że w przypadku chorego Ozięb. EKg wykonany przed zawałem wykazywał rytm zatokowy i że migotanie przedsionków wystąpiło w dniu zawału, co potwierdza nie tylko przedstawiony EKg z 3 dnia po zawale, ale i następne krzywe elektryczne, które wykazywały utrzymywanie się migotania przedsionków aż do zejścia śmiertelnego pacjenta. Dla wytłumaczenia pewnych niejasności co do możliwości rozpoznawczych i lokalizacyjnych zawału serca na podstawie równoczesnego wystąpienia typowego bólu zawałowego, z migotaniem przedsionków kol. Szczeklik odczytuje jeszcze raz odpowiedni wniosek ze swego referatu.

W odpowiedzi prof. Miodońskiemu kol Szczeklik zaznacza, że u spostrzeganych przez niego chorych z zawałem sercowym, 90 kilka procent przypadków zawału wystąpiło na tle sklerozy naczyń wieńcowych z następowym zakrzepem.

Protokół
z posiedzenia naukowego z dnia 25 lipca 1045 r.

Kol. Wyrobek Emil przedstawia: „Przypadek drobnoguzkowego wysiewu nowotworowego do płuc, w przebiegu raka płaskokomórkowego szyjki macicy, leczonego promieniami rentgena.

Chora N. N. lat 58, wdowa, zgłosiła się do kliniki 31. 3. 1945 z rozpoznaniem *carcinoma cervicis uteri inoperabile*. Badaniem ginekologicznym stwierdza się w miejscu szyjki macicy krater wielkości orzecha włoskiego o brzegach naciekłych, poszarpanych, pokrytych masami nekrotycznymi i krwawiącymi. Krater drąży w światło macicy i nacieku. Również naciek nowotworowy uwypukla przednią ścianę prostnicy. Badanie histologiczne wykazało *Carcinoma plano-cellulare*. Ze strony innych narządów zmian nie stwierdziło się, szczególnie płuca przedstawiały się radiologicznie prawidłowo.

Rozpoczęto naświetlanie promieniami Rentgena miednicy małej, metodą Coutarda i po czterech tygodniach codziennych dwukrotnych naświetlań wymierzono dawkę 12.000 r. Chora przez cały czas naświetlań czuła się dobrze, temperatura oraz tętno było w normie. Pod koniec naświetlania wystąpiła wysoka gorączka, przy braku innych objawów klinicznych ze strony narządów ciała. Ponieważ gorączka po podawaniu środków sulfaminowych nie cofała się i miała charakter gorączki hektycznej, wykonano prześwietlenie i zdjęcie płuc, które wykazało miliarne przerzuty nowotworowe w obu płucach. Obraz radiologiczny podobny zupełnie do miliarki gruźliczej płuc, różniący się od niej tym, że guzki wysiewu były najmniejsze w szczytach płuc, a zwiększały swą objętość i gęstość w kierunku ku przeponie. Wnęki przedstawiały się radiologicznie prawidłowo. Ponieważ badanie plwociny dało wynik ujemny oraz odczyn diazo w moczu był również ujemny, a objaw Piequeta dodatni (przy prosówce gruźliczej odczyn Pirqueta jest zwykle ujemny) przyjęto rozpoznanie wysiewu miliarnego przerzutowego płuc tzw. *carcinosis pulmonum*. Chorą zabrano do domu, gdzie po dwóch tygodniach zmarła.

Dr Tadeusz Nowak wygłasza odczyt pt.: „Alergia pokarmowa u dzieci starszych w świetle spostrzeganych przypadków“.

Prelegent omówił bardzo szczegółowo przypadek uczulicy pokarmowej, tyczący się 11-letniej dziewczynki. Przypadek wymagał, zdaniem prelegenta, tak obszernego omówienia ze względu na następujące szczegóły: 1) niezwykłe objawy, towarzyszące chorobie, 2) wystąpienie prawie wszystkich postaci schorzeń alergicznych u jednego osobnika i to na tle pokarmowym, schorzeń takich, jak *polyarthritis*, *meningitis serosa*, *pyelocystitis*, powiększenie całego układu chłonnego z powiększeniem wątroby, 3) rozmaitość wykwitów pokrzywkowych, 4) niezwykle ciężki, a przy tym przewlekły przebieg, 5) niezwykle burzliwe i poważne oddziaływanie na jajko kurze, zjedzone na czczo przy próbie Vaughana, 6) paradoksalne, bo korzystne oddziaływanie na pożywienie, złożone wyłącznie prawie z samych wywoływaczy, 7) nie tak często spotykane uczulenie i to wielopokarmowe, a przede wszystkim i to w takim stopniu na wszelkiego rodzaju jarzyny i owoce, 8) paradoksalne działanie zapobiegawcze preparatu, 9) uczulenie na preparat śledzionowy, 10) wstrząsowy odczyn ustroju po przetoczeniu krwi, wreszcie 11) brak zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego przez cały okres trwania choroby.

W następnych dwóch przypadkach uczulicy pokarmowej chodziło o okresowe występowanie nieżytu jelit. Na etiologię schorzenia zwróciły uwagę wywiady, wykazujące rodzinne obciążenie alergiczne. Wreszcie prelegent omówił przypadek uczulicy pokarmowej u osobnika dorosłego (uczulenie na ziemniaki, pomidory i sałatę głowiastą), u którego uczulica pokarmowa od niemowlęctwa aż po dzień dzisiejszy przejawia się w postaci różnych przypadłości, a przede wszystkim nieżytu jelit.

W dyskusji nad odczytem dra Nowaka, prof. Walter zwraca uwagę, że przytoczona historia choroby uczulonego dziecka, wskazuje na bardzo charakterystyczne, choć rzadko spotykane stopniowe nabywanie wrażliwości na różne rodzaje czynników wywołujących objawy alergiczne. Podkreślić należy różnicę w zachowaniu się objawów alergicznych w czasie okoliczności towarzyszących zmianie miejsca pobytu. Wchodziły by więc w grę nie tylko uczulenia pokarmowe, ale także ze-

wnętrzne, nabywane drogą powłok skórnych lub narządu oddechowego. Rozpiętość uczulenia pokarmowego była bardzo znaczna, choć występowała kolejno na mleko krowie, jaja, białko zwierzęce i roślinne, tak że właściwie wszystkie pokarmy stawały się kolejno uczulającymi. Należołoby zwrócić uwagę na zachowanie się systemu dokrewnego, który (zwłaszcza tarczyca) wywierać może wybitny wpływ na występowanie tego rodzaju uczulenia. Momentem wyzwalającym uczulenie dopiero w 7 roku życia mogłyby być zaburzenia jelitowe w związku z którymi zdają się dopiero występować pewne alergiczne objawy, a może również pojawiające się w tym czasie uszkodzenie czynności wątroby. Każde bowiem ciepienie przypadkowe występujące u osobnika obdarzonego konstytucjonalnym stanem alergicznym toruje drogę dla późniejszego występowania objawów uczuleniowych, a w szczególności wspomniane uszkodzenie narządu żołądkowo-jelitowego. Wówczas bowiem nie tylko obce białko i jego produkty przebudowy wywoływać mogą objawy alergiczne chorobowe, ale również toksyczne produkty, pozostałe w przewodzie pokarmowym przy udziale flory bakteryjnej na pewne produkty przebudowy pożywienia. Zdarza się wówczas, gdy objawy alergiczne występują w jakiś czas po spożyciu pokarmowego alergenu. Zasadniczą podstawą występowania objawów uczulenia pochodzenia pokarmowego lub innego jest wrodzony stan konstytucjonalny. Termin uczulica (zbudowana na wzorach jak nerczyca, kwasica) mógłby zastąpić ogólnie używany termin uczulenia. W polskim mianownictwie posługiwano się już terminem „innoczynność" dla określenia alergii.

W dalszym ciągu dyskusji zabierał głos prof. Miodoński, po czym dr Szczeklik podnosi możliwość alergii bakteryjnej w szeroko przez kol. Nowaka omawianym przypadku. Za tym przemawiałaby wzmiankowana przez kol. Nowaka infekcja jelitowa, którą chory przebył, a następnie doskonały wynik leczniczy osiągnięty przez zamianę diety alkalizującej na dietę zakwaszającą. Z doświadczenia w innych przypadkach chorobowych wiemy, że zakwaszenie wpływając szkodliwie na rozwój bakterii zwłaszcza *b. coli* jest w stanie usunąć przyczynę choroby i doprowadzić do wyleczenia. W przypadku więc kol. Nowaka należy się liczyć z tym, że obok uczulenia chorego na alergeny z grupy środków spożywczych czy grupy klimatycznej istniało przede wszystkim uczulenie na białko bakteryjne *(b. coli?)*, które ustąpiło z chwilą, gdy nagłe i przypadkowe zakwaszenie przez zmianę diety zmieniło warunki rozwoju danej bakterii.

W dyskusji zabierał jeszcze głos doc. Kowarzyk, po czym w odpowiedzi prelegent podkreślił, że celem jego wykładu było praktyczne ujęcie omawianego zagadnienia, dlatego też nie poruszał on wiele spraw teoretycznych z nim związanych. Sprawy te bowiem omówione są w szeregu podręcznikach o alergicznych schorzeniach. Prelegent chciał tylko przypomnieć, chciał tylko zwrócić uwagę na ten fakt, że pewne pokarmy u osobników na nie uczulonych, mogą wywoływać objawy chorobowe, które przez leczących są często mylnie tłumaczone, przez co cała sprawa jest nieodpowiednio leczona.

Dla chorego obojętnym jest, czy w danym pokarmie działa ten czy inny jego składnik, czy też połączenia tych składników. Chory chce przede wszystkim wrócić do zdrowia, a lekarz powinien wiedzieć, że jednego chorego uratuje, podając mu np. kapustę, jak również powinien wiedzieć, że w innym przypadku podaniem kapusty może wywołać nawet śmierć chorego.

Oczywiście jest rzeczą dla każdego zupełnie jasną, że winniśmy dążyć usilnie do tego, aby nasze empiryczne wiadomości były wyjaśnione odpowiednimi metodami naukowymi. Dopóki jednakże tego wyjaśnienia nie osiągniemy drogą ścisłych metod naukowych, musimy niestety dla dobra chorego posługiwać się zdobyczami empirii, tym bardziej, jeżeli one są rzeczywiście korzystne dla chorego, albowiem *salus aegroti suprema lex*.

Protokół
z posiedzenia naukowego z dnia 1 sierpnia 1945 r.

Dr Szpunar (z Kliniki laryngologicznej U. J.) przedstawia 5 przypadków nowotworów złośliwych nosa, zatok obocznych nosa i szczęki górnej.

Po zademonstrowaniu odnośnych przypadków i przeczytaniu ich historii choroby — prelegent krótko omówił stosunki anatomotopograficzne nosa i jego okolicy. Następnie przedstawił metody operacyjne tych nowotworów złośliwych, oparte zasadniczo na metodzie Denkera, według których te przypadki (z wyjątkiem jednego nieoperowanego) były operowane na tutejszej Klinice.

Dalej omówiono przebieg kliniczny nowotworów nosa i szczęki górnej, podkreślając ważność wczesnego rozpoznania tych przypadków.

Przedstawiając sposoby leczenia tych nowotworów, zwrócono uwagę na bardzo znaczne polepszenie wyników operacyjnych wskutek postępów chirurgii w tej dziedzinie. Najlepsze wyniki lecznicze osiąga się kombinując leczenie operacyjne z naświetlaniem Röntgena. Tą drogą osiąga się w tych dotychczas niewyleczonych przypadkach do 20% trwałych wyleczeń. Ponadto ten sposób leczenia znacznie przedłuża życie pacjentów i uwalnia ich często od bardzo przykrych dolegliwości.

W dyskusji zabierał głos prof. Miodoński.

Doc. dr Brzezicki Eugeniusz wygłosił odczyt pt.: „Typy psychofizyczne na ziemiach polskich i ich reakcje duchowe".

Dla ułatwienia słuchania długiego, w dwóch częściach podanego odczytu prelegent wybrał formę gawędy, ilustrując ją często przykładami z historii Polski i innych europejskich narodów i unikając w ten sposób podawania suchych cyfr statystycznych i tablic, które będą podane w monografii przygotowanej do druku.

Wychodząc z badań nad osobowością histeryczną, które to badania były przedstawione w Tow. Lek. dnia 23. V. 1945, podkreśla prelegent, że z przebadanych 2173 osób, 481 względnie jak się później okazało 543 osób, nie mógł zmieścić w dotychczas wydzielonych przez Kretschmera kręgach typologicznych. Osobnicy bowiem o których mowa charakteryzowali się innymi, przez Kretschmera i jego szkołę niewydzielonymi i niewyróżnionymi cechami charakterologicznymi. Ci normalni i zdrowi osobnicy, pochodzący jednak z rodzin histerycznych cechowali się po 1) słomianym ogniem uczuć, różnym od cyklotymicznej, normalnej zmienności usposobienia, które jest raczej faliste, nie strzelające w górę jak rakieta i raczej zależne od endogennych czynników a nie od konstelacyjnych jak u nowo-wydzielonych przez prelegenta typów. Po 2) cechowali się oni tzw. „grą z gestem", często grą z gestem i fantazją jako zasadniczym stylem życiowym. Po 3) cechowali się zazwyczaj miękkością i rozklejalnością w życiu codziennym, normalnym i w dobrych warunkach a wytrwałością i zwartością w okresach nieszczęść życiowych i kataklizmów. Ten nowy typ charakterologiczny sprzężony był bardzo często, gdyż w 24%, ze somatycznym typem (leptosommo) — dysplastycznym.

Jak wiadomo typologia charakterologiczna Kretschmera dzieli całą ludzkość na trzy grupy: na typy cyklotymne, związane z budową pikniczną, typy schizotymne związane wcale często z budową leptosomną, oraz na rzadziej spotykane typy wiskozne (epileptoidne), związane dość często z budową atletyczną. Typy cyklotymne charakteryzują się wesołym lub smutnym nastrojem, należą do charakterów nieskomplikowanych, nienerwowych, zrozumiałych dla innych, współdrgających z innymi a więc syntonicznych. Piknicy to ludzie krępi o krótkiej szyi, dużych jamach płucno-brzusznych, o tarczowej lub pięciobocznej twarzy i stosunkowo cienkich kończynach. Typów takich jest w Polsce znacznie mniej niż na Zachodzie nie zaważyli też oni na szali dziejów ojczystych. Tych prawdziwych demokratów, koncyliatorów, realistów, dobrych kupców, ludzi pnących się wzwyż po drabinie społecznej dzięki ich pracowitości i innym talentom społecznym, jest u nas niewiele. Na zachodzie i południu Europy typy te tworzą ważną komponentę ludnościową, grają tam też odpowiednio ważną rolę w życiu społecznym.

Następnym zasadniczym typem typologicznym to typy schizotymne. Schizotymicy charakteryzują się wrażliwością lub przewrażliwieniem w niektórych sprawach a obojętnością lub tępotą w innych. Przez swój autyzm zamykają się w swoim świecie, uważając jedynie swój światopogląd za słuszny, co wywołuje brak współbrzmienia między nimi a otoczeniem. Przeżywania tych ludzi są też często niezależne od rzeczywistości a mistyczne, magiczne lub idealistyczne nastawienie, podbarwione autyzmem, stwarza ludzi subiektywnych, najczęściej jednak konsekwentnych w dążeniach, twardych a nawet bezwzględnych zależnie od siły komponenty stenicznej. Nie przeszkadza to jednak temu, że ci sami ludzie mogą być w innych sprawach sentymentalni i liryczni. Widzimy już z powyższego, że typy schizotymiczne to nerwowe skompli-

kowane natury. Ponieważ forma i styl są dla nich często ważniejsze niż treść, nie zdziwi nas, że te typy mają często poglądy arystokratyczne. Typ schizotymny sprzężony jest często z budową leptosomną. Są to raczej ludzie wysocy, smukli, o słabej podściółce tłuszczowej, delikatnym kośccu i podłużnej twarzy. Typy te częstsze na północy Europy, tworzą ważną składową naszego narodu. Charakterologicznie rzecz biorąc, przeważają u nas typy hyposteniczne, miękkie. Typów konsekwentnych, twardych, fanatycznych, dążących z bezwzględnością do swych dobrych lub złych celów, jest u nas mniej niż na zachodzie Europy. W naszej historii spotyka się nieliczne postacie schizotymnych wodzów, reformatorów, rewolucjonistów, twardych i konsekwentnych. Najlepszym sprawdzianem tego było natężenie wojen religijnych w poszczególnych krajach Europy.

Typy wiskozne, epileptoidne charakteryzują się lepkością, bigoterią, ceregielną pedanterią, dokładnością w pracy ale i zwierzęcą eksplozywnością. Niektórzy autorzy podkreślając pracowitość, poczucie obowiązku i dokładność tych typów, uważają je za typy wprost hypersocjalne. Społecznie nastawieni są ci ludzie konserwatywnie, są bardzo przywiązani do ziemi na której pracują i do obowiązku, który wykonują. Typy te, częste w północnych Niemczech, wykazują zdaniem prelegenta więcej cech społecznych przez swoją lepkość, zwierzęcą eksplozywność i intolerancję alkoholową. Wykazują też najniższy poziom zdolności intellektualnych. W naszej historii nie grał ten typ wybitniejszej roli. Charakter wiskozny związany jest dość często somatycznie z typem atletycznym.

Poza powyższymi typami, spotykanymi zresztą raczej w stopach niż w typach czystych, stwierdził u rodzin z obciążeniem histerycznym, ale później także w rodzinach zupełnie zdrowych, typ inny, niepodobny do typów poprzednio opisanych. Opiera się także na materiale 1000 osób zdrowych, badanych w związku z tym nowym typem. Nie należy uważać tego nowego typu za rozwodniony charakter histeryczny tylko za typ normalny, spotykany także wśród normalnej ludności. Typ ten co prawda spotyka się częściej wśród Romanów (u Włochów i południowych Francuzów), a wśród Słowian u Polaków, Białorusinów i Ukraińców. W krajach germańskich spotyka się z tym typem rzadko. Regionalne różnice charakterów typologicznych są bardzo wyraźne. Tłumaczy to sobie odpowiednią mieszanką stopów. Na zachodzie Polski, w Poznańskim i na Pomorzu typy te spotyka się rzadko, na północnym i południowym wschodzie — częściej. Najczęściej spotykał autor te typy w stolicy kraju — w Warszawie.

Temperament tych ludzi nosi cechy „słomianego ognia uczuć" innego rodzaju niż u cyklotymików. Słomiany ogień bowiem strzela wyżej w górę, jak rakieta i jest krótkotrwały, zmienny i wielokierunkowy przy zmiennym tempie życiowym i zmiennych, szybko wahających się nastrojach podstawowych. Właśnie ze względu na charakter skaczący, lub — nazwaćby można — tańczący tych nastrojów, nazywa prelegent te typy — typami skirtetymicznymi — od greckiego słowa σκιρτάω — skaczę, tańczę. Drugą osiową cechą charakterologiczną typu skirtetymicznego — to gra z gestem, gra z gestem i fantazją, która odbywa się jakby przed forum, na scenie życia przed widzami. Przed forum widzów jest bujniejszą, jednak skirtetymik potrafi grać rolę przed samym sobą, gdyż gra jest zasadniczym stylem jego życia.

Trzecią charakterystyczną cechą tej grupy jest miękkość i rozklejalność w życiu normalnym lub w dobrobycie przy pewnej dozie próżności i lekkomyślności a często spotykana wytrwałość i zwartość w okresie nieszczęść życiowych i kataklizmów. Ten sam skirtetymik, który w czasie powodzenia życiowego „buja jakby w obłokach", a więc myśli kategoriami arealnymi i jest samowolnym indywidualistą, staje się w ciężkich chwilach swego życia cierpliwym w znoszeniu przeciwieństw i spotykanych nieszczęść i umie długo cierpliwie i pokornie czekać na lepsze czasy. Niech jednak znowu tylko zaświeci słonko dobrej konjunktury, a już nasz skirtetymik staje się często odśrodkowo działającym indywidualistą, egzaltowanym fantastą, często lekkomyślnie i powierzchownie podchodząc do spraw dla niego ważnych jak i do swoich obowiązków. Jednak tam, gdzie szybka orientancja, improwizacja i brawura mają swoje znaczenie, tam skirtetymik będzie na wysokości zadania. Dlatego też w czasie uczuciowych porywów, wznieść się mogą skirtetymicy na wyżyny świętych wyczynów. Niestety są zwykle niewytrwali i nieproduktywni, choć pełni dobrych rad, chęci, marzeń i profuzji słów.

W odróżnieniu od schizotymika, skirtetymik posiada zdolność wczuwania się w sytuację drugich, przez co może być dobrym księdzem, spowiednikiem, adwokatem, lekarzem.

Seksualność i miłość skirtetymika będzie tak nieobliczalną jak i on sam. Tym też będzie się ona różniła od zazwyczaj przykładnej i syntonicznej miłości cyklotymika i od idealnej, uraźliwej i wnikliwej miłości schizotymika. Dom dla cyklotymika będzie prawdziwym ogniskiem domowym. Dom dla schizotymika będzie jego twierdzą, ukochaną w swoisty autystyczny sposób. Dom dla skirtetymika będzie mniej ważną instytucją, gdyż ulica, kawiarnia lub klub będzie jego drugim domem, sceną gdzie będzie mógł lepiej i ładniej grać swą rolę. Schizotymik może także lubieć ekskluzywny klub i cyklotymik będzie bardzo lubił na swój sposób życie poza domem, np. kawiarnię, gdzie spotka się z ludźmi, których ceni i z którymi będzie siedział przy „Stammtisch'u", przy zarezerwowanym dla niego i dla jego przyjaciół stole, ale styl przeżycia będzie u wszystkich tych typów charakterologicznych różny. Także w innych dziedzinach przeżyć różnica stylu duchowego jest wybitnie wyraźną. Skirtetymik bowiem nie liczący się z poczuciem rzeczywistości, może się stać niepraktycznym lub egzaltowanym ale egocentrycznym fantastą bujającym w obłokach i będzie miał inne podejście do spraw życiowych od realisty cyklotymika lub idealisty schizotymika względnie zimnego, egoistycznego schizotymika. Poszczególny schizotymik może jak widzimy być często niepraktycznym ideowcem, ale w grupie lub w narodzie schizotymicy się równoważą przez swoje duchowe dwa bieguny. Dlatego też narody o przewadze schizotymicznej nie potrafiły nigdy stworzyć równie niepraktycznych narodów jak skupiska o przewadze skirtetymicznej. Jeśli bowiem jeden skirtetymik to często przemiły towarzysz, to już grupa skirtetymików to odśrodkowo działająca, samowolna i próżna grupa ludzi, tworząca tyle oryginalnych ale niezgodnych zdań z ilu osób się składa. W przeciwieństwie do tego tworzą grupy o przewadze cech cyklotymicznych zwarte i kuśrodkowe, na praktycznych zasadach oparte związki i zgrane zespoły. Grupy o przewadze schizotymicznej komponenty charakterologicznej będą mimo autyzmu tworzyć karne i posłuszne zespoły. Stylem życiowym skirtetymików jest raczej chęć użycia życia niż praca i obowiązek, które będą uważane tylko za przykrą konieczność życiową. Z dodatnich społecznie cech skirtetymicznych podkreśla prelegent duże ogólne zdolności przy szerokim horyzoncie myślowym choć pewnym braku patrzenia w głąb; „esprit" wykazywany w wysokim stopniu i wrodzona kultura duchowa — będą wielką siłą atrakcyjną skirtetymików. Podobnie i wielkoduszność, która przy grze z gestem będzie pięknym rysem charakterologicznym. Brawurowa odwaga, zwłaszcza przy widzach, będzie również dodawała blasku tym postaciom. Czyste typy skirtetymiczne nie są zbyt często spotykane. Należy jednak podkreślić z całym naciskiem, że czyste typy charakterologiczne w ogóle trafiają się między normalną i zdrową ludnością znacznie rzadziej niż stopy charakterologiczne, które właśnie tworzą „gros" normalnej ludności. I dlatego tak często widzimy, że niejeden normalny osobnik podchodzi np. do zagadnień kultury i sztuki skirtetymicznie a do nauki np. schizotymicznie. Te spostrzeżenia poczynił prelegent u wielu badanych przez niego studentów medycyny Uniwersytetu Jagiell. Czysty typ charakterologiczny nadaje ludziom pewną kierunkową wytyczną, pewien wyraźny styl życiowy i jednokierunkowy, czego nie stwierdza się zbyt często u normalnej, przeciętnej ludności.

Trudno jest mówić narazie o genialnych skirtetymikach nie mogąc się opierać na dokładnych i obiektywnych biografiach. Biografie ostatnio są zbyt często pisane subiektywnie. Wydaje się jednak jakoby Jan Sobieski był takim pysznym skirtetymikiem, a „Król Staś" wykazuje także wyraźne cechy „gry z gestem" i słomiany ogień uczuć. Patrząc na arcydzieło Matejki przedstawiające Reytana tak teatralnie broniącego honoru sejmu, można przypuszczać, że i u Reytana stylem życiowym była „gra z gestem". Ze względu na dużą sugestywność skirtetymików można przypuszczać, że wychowanie tego typu ludzkiego o ile będzie przeprowadzone od wczesnej młodości i w odpowiedni sposób, może nam dać w przyszłości nie tylko brawurowych i dzielnych żołnierzy ale i dobrych, ofiarnych obywateli kraju, pracujących zbornie i rozumiejących znaczenie wspólnoty interesów. Charakter i temperament skirtetymiczny sprzęga się z somatycznym typem (leptosommo) — dysplastycznym w $24\% + 16\% = 40\%$.

Chorobliwe zaostrzenie skirtetymii przy psychopatycznym

przestawieniu charakteru nazywa prelegent skirtetoidem, co uważa za synonim genetycznie uwarunkowanego charakteru histerycznego. Wtedy do słomianego ognia uczuć i gry z gestem i fantazją dołącza się teatralność w zachowaniu się, chęć błyszczenia, która będzie wypływać z niestosunku między żądzą znaczenia a możliwością wykonania zadania, przy tendencjach do ucieczki w chorobę. Często dołaczają się jeszcze cechy pseudologiczne i moral insanity.

Najczęściej spotykanymi stopami charakterologicznymi w Polsce to stop skirtetymiczno-schizotymiczny. Są to typy najczęściej nerwowe i niewyrównane w sobie. Właściwie tylko piknicy-cyklotymicy stwarzają typy sharmonizowane w sobie, harmonijnie stopione w sobie. Natomiast tak schizotymicy jak skirtetymicy jak też i wiskozni wykazują objawy niewyrównania duchowego, wykazują cechy jakby walki dwóch dusz między sobą. Na naszym terenie etnograficznym, tworzącym płaszczyznę ścierania się dwóch kontynentów tak bardzo różniących się między sobą pod każdym względem, typy nieharmonijne, zbastardyzowane będą często spotykane. W każdym razie nie ulega wątpliwości, że typy duchowo dysharmonijne i dysplastyczne cieleśnie są u nas częstsze niż na zachodzie Europy.

Protokół
z posiedzenia naukowego z dnia 8 sierpnia 1945 r.

Dr A. Terajewicz (Okręgowy Szpital Wojskowy w Krakowie) przedstawia: „rzadkie przypadki kauzalgii".

Kauzalgię czyli ból parzący, wyosobnili jako jednostkę kliniczną amerykańscy lekarze wyznaczeni w czasie wojny secesyjnej do leczenia chorób i zranień nerwów: Weil Mitchell, Wodehous i Keen, w roku 1864.

Najistotniejszym objawem jest parzący ból w uszkodzonej kończynie, wzmagający się pod wpływem wysychania, ogrzewania, oraz dotykania nie tylko chorej kończyny, ale nawet zdrowych części ciała. Nawet różne wrażenia i przeżycia wewnętrzne mogą w organizmie kauzalgika przetworzyć się na wrażenia bólowe w chorej kończynie. Przeciwbólowe środki nic nie pomagają tym nieszczęsnym, skazanym, jak by się zdawało, na stałe katusze.

Kauzalgia występuje po urazach nerwów zazwyczaj bez całkowitego przerwania ich ciągłości. Ból sadowi się zazwyczaj w dłoni lub pięcie, oraz w palcach które są zaczerwienione z odcieniem siniczym i cieplejsze niż po drugiej stronie; po dłuższym trwaniu występują zaniki mięśniowe. Ochłodzenie lub zwilżenie sprawia chorym ulgę w cierpieniu. To też moczą oni nie tylko chorą kończynę, ale nawet części ciała od niej, odległe, kryją się przed jaskrawym światłem, hałasem i towarzystwem ludzkim, noszą ze sobą mokre szmatki, lub naczynia z wodą, a nawet leją wodę do butów. Żadne leczenie wewnętrzne ani amputacje, ani przecięcia, ani wyrywanie, ani wycinanie nerwów nie daje pewnych wyników.

Właściwą drogę do uzdrowienia tych chorych wytyczył Leriche, który określił kauzalgię jako naczynioruchowy i troficzny zespół powstały jako indywidualny odczyn sympatyczny osobnika wobec obrażenia zewnętrznego.

Stwierdził on, że kauzalgia ustępuje po sympatektomii okołotętniczej i ew. rekonstrukcji uszkodzonych nerwów.

Obecnie w swoim radykalizmie posuwamy się dalej, wycinając w przypadkach kauzalgii zwoje współczulne zaopatrujące chorą kończynę, gdyż okazało się, że wycięcie przydanki nieraz też nie daje trwałej poprawy.

W rzadkich przypadkach kauzalgie same ustępują.

Referent opisał 4 przypadki, z nich jeden nietypowy. Dwie pierwsze kauzalgie stopy po zranieniach uda z uszkodzeniem n. kulszowego, z porażeniem stopy w sensie prostowania. Trzecia kauzalgia ręki po zranieniu okolicy pachowej z uszkodzeniem nerwów pośrodkowego i promieniowego. Czwarta kauzalgia stopy z tylko miejscowymi bólami nie dającymi się wywołać dotknięciem odległych części ciała, trwająca od trzech lat i już ze znaczną poprawą. W dwóch pierwszych przypadkach chorych operowano, wykonano gangliektomię lędźwiową z doskonałym skutkiem. Trzeci przypadek jest w przededniu operacji. Czwarty przypadek: chory nie zgodził się na pozostanie w szpitalu, ani na ambulatoryjne blokady nerwu współczulnego. Zachęcony uzyskanymi sukcesami referent proponuje stosowanie zabiegów na układzie współczulnym w odpowiednio dobranych przypadkach.

W dyskusji zabrał głos dr Laszczak, który nawiązując do przedstawionych przez prelegenta różnych zapatrywań na pochodzenie kauzalgii przedstawił zapatrywania na tę sprawę angielskiego badacza Lewisa. Blizna lub jakiś inny czynnik powstający w miejscu uszkodzenia nerwu powodują podrażnienie włókien czuciowych w odcinku obwodowym. Podrażnienie to powoduje powstanie ciała H zbliżonego w działaniu do histaminy, czy też acetylocholiny, które działa bezpośrednio na naczynia, powodując ich rozszerzenie. W przypadkach kauzalgii naczynia ulegają nadmiernemu rozszerzeniu, a ból, jaki to wywołuje powstaje w ścianie tętniczek, a nie w miejscu uszkodzenia. Ciała H do roku 1939 nie wyosobniono. Poprawa po usunięciu zwojów sympatycznych jest zjawiskiem paradoksalnym, którego wytłumaczyć nie jesteśmy w stanie. Wiadomo, że usunięcie zwojów powoduje rozszerzenie naczyń, a więc powinniśmy oczekiwać raczej zwiększenia się objawów w przypadkach kauzalgii. Jako zabieg operacyjny jest metodą empiryczną. Pochodzenie kauzalgii i dobre wyniki po usunięciu zwojów nie dadzą się wytłumaczyć na podstawie naszych dotychczasowych wiadomości o układzie wegetatywnym. W oddziele chirurgicznym Państw. Szpitala św. Łazarza w Krakowie w 3 przypadkach kauzalgii uzyskano dobre wyniki po rewizji uszkodzonego nerwu, uwolnieniu pnia względnie wycięciu blizny. Wspomniane przez prelegenta wyłączenie zwojów wykonujemy od dawna w różnych sprawach chorobowych, stosując sposób Whita w odcinku lędźwiowym, zaś w szyjnym tylko drogą od przodu polecaną przez Lericha. Usunięcie zwojów, a szczególnie gwiaździstego należy uważać za zabieg trudny, wcale nie łatwiejszy od odłuszczenia tętnicy.

W dalszym ciągu posiedzenia doc. dr Brzezicki wygłosił drugą część swego odczytu „o polskich typach psychofizycznych i ich reakcjach duchowych" (rzecz ukaże się osobno w druku, streszczenie podane w posiedzeniu z dnia 1. VIII. 1945).

W dyskusji nad odczytem zabiera głos dr Bornstein, która podaje:

Typologia Kretschmera, jako powiązanie cech somatycznych z cechami psychicznymi, okazała się, w zastosowaniu do praktycznych potrzeb klinicznych metodą pewną. Wyodrębnienie pewnych typów cielesnych i powiązanie ich ze stanami chorobowymi psychicznymi jest poznawczym wzbogaceniem. Zastrzeżenia wysunięte przeciw typologii Kretschmera są wielorakie. Przede wszystkim natury metodologicznej. Te same zastrzeżenia dotyczyć muszą badań referenta który metodą Kretschmera pracował. Nie podano nam jakimi wyznacznikami przy pomiarach autor się posługiwał. A wiadomym jest, że wyznaczniki antropometryczne uznawane przez jednych, przez drugich autorów uznawane nie są. Nie wiemy jakie testy psychologiczne były używane przy badaniu osobowości psychicznej. Wielokrotnie zaliczanie osobników już to do grupy schizotymicznej, już to cyklotymicznej może nastręczać trudności szczególnie u osobników zdrowych. Z tym zgodni są autorzy różnych szkół. Zarys typologiczny Kretschmera jak i Brzezickiego mało uwzględnił przemożny wpływ czynników zewnętrznych kształtujący osobowość, zarówno od strony psychicznej jak i fizycznej. Wpływ klimatu, odżywiania, warunków wychowawczych, stosunków socjologicznych, jest czynnikiem, który nie może być pominięty. „Stop" poszczególnych własności psychicznych nadaje piętno osobowości tak jednostkowej, jak i zbiorowej. Rola czynników zewnętrznych zazębiających się zarówno u jednostki, jak i w narodzie, decyduje wielokrotnie o losach o kulturze, bardziej niż czynniki i skład typologiczny. W ostatnich latach mniejszą zwraca się uwagę na te zewnętrzne cechy konstytucjonalne, natomiast stara się wynaleźć podkład bio-chemiczny, odnośnych typów konstytucjonalnych. Wyodrębnienie typu skirtetymicznego może świadczyć o tym, że klasyfikacja Kretschmera nie jest pełnym odzwiesciedleniem stanów faktycznych, że ramy typologii Kretschmera wymagają rozszerzenia i pogłębienia. Typ skirtetyniczny posiada mimo pewnych różnic duże podobieństwa z typem „histerycznym". Nie da się wykluczyć, że jest on nie typem w ścisłym słowa tego znaczeniu ale pewną odmianą typu psychologicznego, oscylującego między typami schizotymicznymi a „histerycznymi".

W dalszym ciągu dysksji prof. Szuman zauważył, że

1. Wydawało się zawsze dziwne, że Kretschmer — w nawiązaniu do chorobowych zmian osobowości ludzkiej — wyróżnia tylko dwa typy w zakresie normalnego życia psychicznego: schizoidów i cykloidów.

Jeżeli histeria jest chorobą konstytucjonalnie uwarunkowaną (a choćby podbudowaną),, a nie tylko nerwicą, powstającą na tle zahamowania popędów (Freud), to powinien istnieć

typ człowieka normalnego, w swym typie psychicznym do histeryka zbliżonego.

Zdaniem moim typ skirtetymika, wyróżniony przez prof. Brzezickiego, istnieje rzeczywiście; spotyka się go w Polsce w każdym środowisku. Szczególnie trafny i wnikliwy wydaje mi się też konkretny opis tego typu, przedstawiony przez referenta. Opis ten jest niemniej przekonujący jak analogiczne opisy Kretschmera.

2. Jeżeli chodzi o ocenę typologii Kretschmera jako takiej (a praca prof. Brzezickiego nie jest niczym innym jak rozszerzeniem tego systemu typologii — i to rozszerzeniem w kierunku istotnym), to zgadzam się z moim przedmówcą w dyskusji — drem Bornsteinem — że typologia kretschmerowska budzi szereg refleksyj krytycznych. Niemniej uważam za rzecz pewną, że nie stworzono dotąd typologii konstytucjonalno-psychicznej lepszej i prawdziwszej od kretschmerowskiej i dalsze badania na tym polu, z konieczności, ją właśnie słusznie obierają sobie jako punkt wyjścia.

Mimo wszystko, typologia kretschmerowska jest jednak tylko „typologią", tj. nauką, stwarzającą schematyczne typy, mające z grubsza zorientować w nieprzejrzanej różnorodności indywidualizacji temperamentu i charakteru u różnych ludzi — w zakresie psychologii normalnej i patologicznej. Wszelka typologia jest tylko tymczasową schematyczną podbudową szczegółowej charakterologii empirycznej.

3. Najzupełniej nie zgadzam się z zarzutami mojego przedmówcy — dra Bornsteina — jakoby referent w swej pracy nad typem skirtetymicznym nie brał pod uwagę wpływów środowiskowych, jakie wytwarzają typ tego rodzaju. Referent postawił sobie przecież właśnie zadanie wykazać, że istnieje typ skirtetymiczny nie środowiskowy, lecz konstytucjonalnie uwarunkowany; taka właśnie jest teza pracy, teza, zdaniem moim dobrze i gruntownie podbudowana.

Dalszy ciąg dyskusji odłożono na następne posiedzenie.

Sekretarz: *Zbigniew Oszast* Prezes: *Franciszek Walter*

ZE ZWIĄZKU ZAWODOWEGO LEKARZY R. P.

Związek Zawodowy Lekarzy RP.,
Okręg Kraków,

Kraków, ul. Krupnicza 11 a, L. p. 243/45, Kraków, dn. 24 października 1945 r.

W uzupełnieniu listy Obwodów Związku Zawodowego Lekarzy RP. — Okręgu Krakowskiego — podajemy do wiadomości o utworzeniu się Obwodów:

1. w Jarosławiu: Zarząd: Przewodniczący dr Olgierd Grzegorzewski, Sekretarz dr Stanisław Siara, Ilość członków 14.

2. w Przemyślu: Zarząd: Przewodniczący dr Roman Łaba, Zast. przewodniczącego dr Stefan Kaczor, Skarbnik dr I. Sohn, Członkowie Zarządu dr W. Armatyś, dr T. Jankowski i dr M. Schattner. Ilość członków 35.

Z inicjatywy Zarządu Związku Zawodowego Lekarzy RP. Obwód Kraków ukonstytuowała się dn. 26/9 b. r. Sekcja Samopomocy Lekarskiej.

Celem Sekcji jest opieka i pomoc dla lekarzy i lekarek, nie mogących już pracować, dla lekarzy i lekarek repatriantów ze wschodu i zachodu, dla wracających z niemieckich obozów koncentracyjnych i pracy, dla wdów i sierót po lekarzach i dla tych młodych lekarzy i lekarek, którzy nie mogą się utrzymać w czasie niezbędnych studiów.

Przewodniczącą Sekcji obrano p. doc. dr E. Stołyhwo, sekretarką p. dr A. Rutkowską.

Odezwę do lekarzy napisał prof. dr F. Walter, a dla spopularyzowania akcji utworzono sekcję propagandową, którą poruczono p. dr J. Dobrowolskiej-Miklaszewskiej.

Dla uzyskania środków pieniężnych utworzono sekcję finansową z p. Kellerową, jako przewodniczącą i z p. Szczeklikową jako skarbniczką.

Wreszcie dla wykonywania zakreślonego programu utworzono sekcję opiekuńczą z p. dr Wandą Oszacką, jako przewodniczącą.

Jasną było rzeczą, iż akcja zapomogowa dla lekarzy, niezdolnych do pracy, będzie długotrwałą, pomoc dla repatriantów ukończy się w dającym się przewidzieć terminie. Pomoc dla wdów i sierót musi być skonstruowana na podstawach zdrowych: poza doraźnym zasiłkiem pieniężnym podjęte być muszą starania o: uzyskanie pracy dla zdolnych do pracy, o pomoc w kształceniu dzieci, pomoc lekarską w chorobie, w zdobyciu odzieży itp.

Pomoc dla młodych lekarzy może trwać tylko do czasu uzyskania przez nich warsztatu pracy.

Sekcja finansowa uchwaliła zebranie datków jednorazowych, które by stworzyły fundusz podstawowy i deklaracji na datki miesięczne, które znowu będą podstawą budżetu miesięcznego.

Zbiórka datków jednorazowych wynosi dotychczas powyżej 40.000 zł, dzięki ofiarności Krakowskiego świata lekarskiego. W zbiórce pracowały ofiarnie panie: Adamowiczowa, Capińska, Ciećkiewiczowa, Kułakowska, Klassa-Brunicka, Karelusowa, Kellerowa, Niewola-Staszkowska, Pachońska, Pieczarkowska, Schwarzowa, Sędzimirowa, Steinowa, Stypowa i Wilczkowa, a więc żony lekarzy i lekarki.

W sekcji opieki bezpośredniej podopiecznych przydzielono paniom: dr Chudybowej, prof. Glatzowej, dr Horoszkiewiczównie, dr Lewickiej, dr Nowickiej, dr Stanochowej, dr Szlapakównie.

Opiekunki odwiedzają podopiecznych w miejscu ich pobytu, stwierdzają faktyczny stan rzeczy, i wydają opinię o rodzaju i rozmiarach pomocy, jaką należy okazać.

W tej chwili opieka obejmuje ponad 60 osób na terenie Krakowa, nie licząc dzieci. Po za Krakowem przebywa około 25 osób.

Sekcja poczyniła starania o najniezbędniejszą odzież w Komitetach, dysponujących darami UNRRA. Braki w odzieży podopiecznych są olbrzymie, szczególnie wobec nadchodzącej zimy. Szereg podopiecznych wdów, względnie żon lekarzy nieobecnych, poszukuje pracy. — Sekcja podjęła więc poszukiwanie odpowiednich placówek i prosi Kolegów aby ze swej strony zgłaszali na ręce Związku wszelkie zapotrzebowanie pracownic.

Szereg lekarzy i wdów po lekarzach przebywa w schroniskach. Te jednak przedstawiają bardzo różnoraką wartość, zależnie od osób prowadzących je, środków jakimi dysponują, zasobów, względnie braku, bielizny itd. Sprawa ta więc będzie również przedmiotem uwagi Sekcji Opiekuńczej.

SĄD DYSCYPLINARNY IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

rozpoczął swe czynności.

Członkowie Sądu: dr dr Cikowski, Czaplicki, Czapnicki, doc. Giza, Horodeński, Jasieński, Klassa Brunicki, Liwszyc, Merz, Mulowski, doc. Oszast, Owsiński, Paszkowski, Popek, doc. Siedlecki, Stypa, Szlapakówna.

Przewodniczącym wybrany został dr Zdzisław Czaplicki, zastępcą przewodniczącego dr Józef Owsiński.

Polski Związek Zachodni do Izby Lek. w Krakowie — Kraków, 13. X. 1945

Według pisma Zarządu Miejskiego w Żeganiu potrzeba tam w tej chwili lekarza chirurga z własnymi narzędziami. Lokal z częściowym umeblowaniem zapewniony.

Wkrótce będzie tam potrzebny cały personel szpitalny do szpitala miejskiego, który ma być zwolniony przez wojska radzieckie.

Dyrektor biura:
Dr E. Golczewski

Zarząd Miejski w Kożuchowie, nr 2/13/45. Kożuchów, dnia 4 października 1945 r.

Do Polskiego Związku Zachodniego w Krakowie.

W sprawie zorganizowania planowego przesiedlenia pracow. służby zdrowia na nowo uzyskane ziemie zach.

W odpowiedzi na tamt. pismo z dń. 5. IX. br. Nr 611/45/ Społ., w sprawie przedmiotowej, Zarząd Miejski niniejszym uprzejmie komunikuje, że na terenie tut. miasta dotychczas nie ma osiedlonych:

1) lekarzy wolno-praktykujących,
2) lekarzy dentystów,
3) techników dentystycznych,
4) akuszerek,
5) kontrolerów sanitarnych i dezynfektorów.

W tut. mieście istnieje jeden szpital miejski, którego obsada lekarska uzależniona będzie od dochodów miasta, które w obecnej chwili nie wystarczają na wypłatę poborów urzędniczych.

Apteka do tej chwili nie obsadzona, a to ze względu na brak lekarstw i odpowiednich urządzeń, które częściowo zostały zdemolowane.

Wyżej wymienieni mieliby możność na terenie tut. miasta rozwinąć swoje praktyki i są nawet tak dla dobra Państwa jak i ogółu bardzo pożądani, lecz na początek warunki byłyby dość trudne, gdyż tut. Zarząd Miejski nie dysponuje odpowiednimi funduszami, aby przyjść im z pomocą — poza udzieleniem odpowiednich lokali.

Narzędzi lekarskich, aparatów, urządzonych gabinetów nie ma.

Meble częściowo mógłby przesiedlony otrzymać.

Co do warunków życiowych, to są tu urzędnicze stołówki, prywatne restauracje, sklepy spożywcze, piekarnie, Spółdzielnia „Społem".

Przydziały żywnościowe dla pracujących i ich członków rodziny.

W końcu nadmieniam, że tut. miasto do obecnej chwili liczy 818 Polaków i 860 Niemców, napływ ludności polskiej z każdym dniem się powiększa.

Położenie miasta ładne, otoczone ogrodami i sadami, klimat zdrowy. Trudności finansowe miasta, powstały spowodu zniszczenia lub zdemolowania fabryk i zakładów przemysłowych, które były źródłem dochodu miasta.

Miasto w 30% zniszczone. Elektrownia i wodociągi czynne.

Burmistrz:
(—) podpis nieczytelny

Burmistrz miasta Bolesławca, Nr 64/45. Bolesławiec, dnia 1. X. 1945 r.

Do Polskiego Związku Zachodniego, Wojewódzki Zarząd Okręgowy w Krakowie.

Na tamt. pismo L. 611/45 Społ. z dnia 5. IX. 1945 r. komunikuję, że:

1) Z wolno praktykujących lekarzy medycyny na terenie miasta jest 3 lekarzy (1 Holenderczyk, 1 Belgijczyk oraz 1 Niemka). Ponadto potrzebny jest jeden Polak — lekarz.

2) Lokale po byłych lekarzach niemieckich są kompletnie splądrowane, a więc lokale są, lecz urządzeń ani instrumentów nie ma.

3) Wszelkie aparaty Rentgena i inne o ile nie zostały wywiezione, są kompletnie zniszczone.

4) Zarząd miasta zamierza uruchomić miejski szpital, do prac przygotowawczych przystąpiono. Na pierwsze początki będą potrzebni 2 lekarze. Warunki płacy są do omówienia na miejscu, warunki mieszkania dodatnie, sprawa stołówki i przydziału żywności kuleje, jednak też problem ten będzie w każdym wypadku pozytywnie rozwiązany.

Sprawa uruchomienia szpitala napotyka na ogromne trudności, gdyż wszelkie urządzenia wewnętrzne sal operacyjnych i gabinetów doświadczalnych są zniszczone, brak całkowity łóżek i pościeli.

5) Potrzebny lekarz dentysta z narzędziami dentystycznymi i środkami leczniczymi.

6) Gabinety dentystyczne tak jak i inne są kompletnie zniszczone. Na terenie miasta jest jeden dentysta Niemiec, który przy pomocy prymitywnych urządzeń pomocniczych udziela pomocy.

7) Na terenie miasta jest jedna apteka, prowadzona przez właściciela Niemca z urządzeniem i towarem.

8) Z chwilą uruchomienia szpitala potrzebne są 3 pielęgniarki kwalifikowane, reszta miejscowy personel niemiecki wykwalifikowany.

9) Akuszerki są potrzebne dla miasta 2 i powiatu 5.

10) Potrzebnych 2 kontrolerów sanitarnych i 1 dezynfektor.

Wobec kompletnego wywiezienia lepszych mebli i zniszczenia reszty, mieszkania są przydzielane bez mebli. Warunki aprowizacyjne względne.

Burmistrz Miasta
podpis nieczytelny

Zarząd Miejski w Prądniku, L. dz. 929. Prądnik, dnia 1. października 1945 r.

Do Polskiego Związku Zachodniego — Wojewódzki Zarząd Okręgowy w Krakowie.

Odpowiadając na pismo PZZ z daty — Kraków dnia 5. 9. 1945 r. w sprawie obsady stanowisk lekarzy w naszym mieście wzgl. braków na tych stanowiskach donosimy, że odnośnie ustępu 1, potrzebny byłby na terenie miasta 1 względnie 2 lekarzy sekundariuszów do Szpitala z których jeden miałby być chirurgiem, drugi internistą, oraz lekarz specjalista chorób ocznych.

W mieście jest tylko jedna apteka i potrzebnym by było otworzyć drugą, gdyż jedna nie może dać rady dla potrzeb całej ludności zwłaszcza, że brak jej wielu środków leczniczych, koniecznie potrzebnych.

W mieście nie ma wolnopraktykującej akuszerki — Polki.

Odnośnie wszystkich wymienionych, mogłyby być im udzielone mieszkania, a dla zatrudnionych w szpitalu wzgl. Zarządzie miejskim uposażenie odpowiadające ogólnym warunkom pracowników samorządowych z wyższymi kwalifikacjami. Przydziały żywnościowe są dla wszystkich zapewnione.

Pieczęć: Zarząd Miejski w Prądniku

p. o. Burmistrz
Dr *Sowiński* mp.

Pełnomocnik Rządu R. P. XI Obwodu Dolnego Śląska w Oleśnicy, Nr OP. 216/45. Oleśnica, dnia 28.IX. 1945.

Do Polskiego Związku Zachodniego — Wojewódzkiego Zarządu Okręgowego w Krakowie.

Na tamtejsze pismo z dnia 5. września br. za Nr 611/45 Społ. komunikuję poniższe dane:

Potrzeba 4-ech lekarzy na powiat i 1 na miasto z każdą specjalnością.

Potrzebny dla szpitala 1 lekarz z płacą 900 zł miesięcznie; wolne mieszkanie przy szpitalu, stołówka, przydziały żywnościowe.

Potrzeba 4 dentystów na powiat.

Są do objęcia apteki nie zaopatrzone w towary.

Potrzebne są trzy siły pielęgniarskie z płacą po 600 zł miesięcznie.

Potrzebne są 3 prywatne akuszerki.

Potrzeba 2-ch kontrolorów sanitarnych z płacą miesięczną po 600 zł.

Wkońcu zaznaczam, że przesiedlającym się pracownikom służby zdrowia będą przydzielane mieszkania na ogólnych warunkach z urządzeniem lub bez urządzenia wewnętrznego w zależności od sytuacji w każdym konkretnym wypadku; warunki aprowizacyjne — wystarczające.

Pełnomocnik Rządu
Gracz mp.

Powiatowy Urząd Zdrowia w Rychbachu. Znak Zdr. 117/1. 45 Rychbach, dnia 2. 10. 1945 r.

Do Wojewódzkiego Zarządu Okręgowego Polskiego Związku Zachodniego w Krakowie.

W odpowiedzi na pismo PZZ z dnia 5. 9. 45, L. 611/45 Społ. niniejszym wyjaśniam, że sprawa osiedlenia się lekarzy, lek. dentystów, aptekarzy itp. zależna jest od wysiedlenia Niemców.

W obecnym czasie na cały powiat Rychbach potrzebnych jest:

5 lekarzy praktyków, oraz 2 lekarzy chirurgów.

W razie wysiedlenia Niemców potrzeba będzie 5 lekarzy dentystów i 5 techników dentystów.

Potrzebne są dwie akuszerki jedna do szpitala, jedna wolno praktykująca.

Potrzebny jest jeden dezynfektor powiatowy, oraz w razie wysiedlenia Niemców 6 dezynfektorów.

Mieszkanie można dostać, stołówki i przydziały.

Lekarz Powiatowy:
Dr *Kukulski* mp.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

Komory dezynfekcyjne. Zakłady I. Budzyńskiego w Częstochowie wyprodukowały i oddały do użytku Nadzw. Nacz. Komisariatowi do Walki z Epidemiami setną komorę dezynfekcyjną z całkowitym wyposażeniem. Komory dezynfekcyjne przydziela się kolumnom terenowym wysłanym w zagrożone tereny, w szczególności na punkty odbiorcze P. U. B.

* * *

Dary Międz. Czerwonego Krzyża. Delegacja M. C. K. w osobie pp. Pfenigera, delegata Komisji M. C. K. i dra A. Schnippera, doradcy Mieszanej Komisji Pomocy M. C. K. odbyła szereg narad z Zarządem Głównym P. C. K. w sprawie pomocy dla repatriantów ze Szwajcarii. Delegacja przywiozła ze sobą 120 ton środków leczniczych, dezynfekcyjnych i odzieży oraz 16 samochodów z przyczepkami do rozdziału między wszystkie okręgi P. C. K.

* * *

Klinika dziecięca Uniw. Warsz. uruchomiła własną pracownię elektrokardiograficzną.

* * *

Liga Zdrowia. — W Krakowie ukonstytuował się Komitet organizacyjny dla powołania do życia „Ligi Zdrowia", której celem ma być upowszechnianie kultury zdrowotnej kraju; współdziałanie z władzami, instytucjami i organizacjami zdrowotnymi, popularyzowanie rozporządzeń i zagadnień zdrowotnych, walka z alkoholizmem, brudem, przesądami, zaniedbaniami w dziedzinie zdrowotnej, uzupełnianie zdrowotnej sieci kraju przez dodatkowe urządzenia w oparciu o samopomoc społeczną, popieranie akcji wczasów, wypoczynków, niesienia pomocy repatriantom, pomoc w akcji przeciwepidemicznej, w niesieniu pierwszej pomocy, propaganda wychowania fizycznego itp. Stowarzyszenie ma opierać się na najszerszych sferach społecznych i w działalności swej zwracać szczególną uwagę na wieś, jako wybitnie zaniedbaną w dziedzinie zdrowotnej.

* * *

Starostwo i Ubezpieczalnia Społeczna miasta Lwówek, poszukuje: szpital 2 chirurgów, 5 lekarzy, 20 pielęgniarek, 5 akuszer. (W/g Dz. P. 16. X. 1945).

PRODUKCJA SZCZEPIONEK

Państwowy Zakład Prod. Szczepionek w Krakowie osiągnął w lipcu i sierpniu maksimum wytwórczości. W tym okresie wyprodukowano ponad 10 tysięcy szczepionek przeciwtyfusowych i 200 litrów szczepionek przeciw czerwonce. Obecnie Zakład wznowił produkcję szczepionki przeciw gonokokom.

Związek Uzdrowisk Polskich w Krakowie, ul. Krzyża 10, m. 2. Po myśli zarządzenia Min. Zdrowia zrzesza zdrojowiska, stacje klimatyczne, kąpieliska morskie i większe letniska.

* * *

Nadzw. Kom. Walki z Epidem. zorganizował w powiatach przeciwepidemiczne placówki wyposażone w odpowiedni sprzęt sanitarny. Przy Wojew. Komisariacie utworzono zmotoryzowaną kolumnę sanitarną. W Tarnowie, jako punkcie węzłowym uruchomiono szpital epidemiczny na 100 łóżek. Według danych N. K. czerwonka wygasła zupełnie, liczba zachorowań na tyfus bardzo silnie spadła wskutek masowych szczepień.

* * *

Nagroda Nobla dla wynalazców penicyliny. Wynalazcy penicyliny, a mianowicie prof. Fleming, Dr Then i Dr Florey, uczeni brytyjscy z uniwersytetu w Oxfordzie, otrzymali naukową nagrodę Nobla.

* *

Stypendia dla słuchaczy medycyny. Mtwo Zdrowia przyznało na rok 1945 46 stypendiów dla studentów medycyny w wysokości: dla I i II roku po zł 500, dla lat wyższych po zł 1000.

* * *

Duplikaty dyplomów dla lekarzy lwowskich i wileńskich. Mtwo Zdrowia podejmuje starania o wydawanie duplikatów dyplomów dla lekarzy i farmaceutów, którzy kończyli studia we Lwowie, Wilnie i Kownie, a nie posiadają obecnie dowodów ich ukończenia. Podania do Mtwa Zdrowia należy składać za pośrednictwem Wojew. Wydziałów Zdrowia do 15 XI 45. Podać należy imię i nazwisko, datę i miejsce urodzenia, nazwę uczelni, wydział, rok ukończenia studiów.

* * *

Penicylina z Kanady. Radio B. B. C. donosi o zapowiedzi przesyłek penicyliny z Kanady dla Polski. Przesyłki mają nadejść drogą powietrzną.

* * *

Przychodnie dla matki i dziecka dla walki z chorobami wenerycznymi organizuje Wydział zwalczania chorób wenerycznych Mtwa Zdrowia w Warszawie, Krakowie, Łodzi, Poznaniu, Gdańsku i Lublinie. Przychodnie mają działać w koordynacji z lekarzami szkolnymi, oddziałami szpitalnymi ch. dziecięcych i klinikami oraz z zakładami opiekuńczymi. Dzieci będą kierowane do leczenia w przychodniach.

* * *

WYMIANA REDAKCYJNA Z ANGLIĄ

Nawiązując do porozumienia pomiędzy Ambasadorem Wk. Brytanii Mr Cavendish Bentinchem a Ministrem Informacji i Propagandy, Redakcja zwróciła się do Ambasady W. Brytanii o ułatwienie wymiany redakcyjnej pomiędzy „Przeglądem Lekarskim" a kilku czołowymi naukowymi pismami angielskimi.

Rezultatem osiągniętego porozumienia był wywiad redaktora „Przeglądu Lekarskiego" u Mr Davida Shillana, który przybył do Krakowa dla zrealizowania wymiany kulturalnej pomiędzy obu krajami z ramienia British Counsil for Cultural Exchange. Mr Shillan wręczy dotychczasowe numery pisma Departamentowi Zdrowia w Londynie i spowoduje przesyłanie redakcji „Przeglądu Lekarskiego" w drodze wymiany kilku czasopism lekarskich z zakresu medycyny wewnętrznej, chirurgii („The Lancet"), medycyny społecznej oraz higieny pracy.

Nadejdą również materiały naukowe o penicylinie, na których redakcji szczególnie zależy z uwagi na duże zainteresowanie sfer lekarskich polskich tym preparatem rokującym wielkie nadzieje.

Redaktor „Przeglądu" zobrazował pokrótce barbarzyństwa niemieckie w stosunku do świata lekarskiego polskiego i najwybitniejszych przedstawicieli medycyny polskiej, wyrażając radość, że nareszcie medycyna polska po 5-letnim mroku okupacji i hitlerowskich fałszerstw naukowych nawiązać będzie mogła łączność z wolną nauką krajów sprzymierzonych. Mr Shillan był przedstawionym mu obrazem żywo przejęty i przyrzekł ze swej strony przyczynić się do wymiany naukowej w jak najszerszym zakresie. *Dr J. H.*

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

CZASOPISMA:

NOWINY LEKARSKIE, z. 9 i 1 X 45. Treść: dr S. Różycki: O zdrowie moralne lekarskiej młodzieży. — Z. Michalski: O surowicy antytoksycznej przeciwgruźliczej. Doc. dr T. Pawlikowski: Ciche uodpornienie w patogenezie choroby Heine-Medina. — Doc. dr T. Kielanowski: Gruźlica, jeden z najaktualniejszych problemów. — W. Pieńkowski: Endometrioza. — Prof. dr W. Gądzikiewicz: Czy podział higieny na ogólną i społeczną jest potrzebny? — Dział informacyjny: Sprawozdanie z pierwszego posiedzenia Państw. Rady Zdrowia. — Dr. C. Piekarski: Organizacja walki z gruźlicą w Poznaniu. — Dr. H Tomkiewicz: Rola i warunki pracy lekarza w chwili obecnej. — Komunikaty, informacje.

* * *

MEDYCYNA WETERYNARYJNA, nr 5 45. Red. i Adm. Lublin, al. Racławickie 20, m. 49. Treść: G. Staśkiewicz: Badania szczurów na obecność włośni mięśniowych, a współczesny stan badań nad włośniami. — S. Grzycki: O resorbcji tłuszczów i węglowodorów nasyconych (parafiny) śródskórnie deponowanych. — T. Jastrzębski: Szczepionka przeciw różycy świń wg. Muromcewa. — J. Barski: Penicillina. — Streszczenia. Notaty z praktyki. Zagadnienia zawodowo-społeczne. — Z Państw. Instytutu Weter. w Puławach. — Z życia Wydziału Lek. Weter. U. M. C. S. — Colloquium Medicum.

* * *

Nr 6 45. Treść: K. Marek: Rzęsistek bydlęcy jako przyczyna niezacielania i wczesnego ronienia u bydła w wojew. krakowskim. — S. Grzycki: O resorbcji tłuszczów obojętnych i węglowodorów nasyconych (parafiny) śródskórnie deponowanych (dok.). — L. Erenberg: Nowoczesna diagnostyka bakteriologiczna materiałów zakaźnych. — A. Goldschmied: Choroba Banga u ludzi. — Streszczenia. Zagadnienia Zawod. Społ. Dział Urz. Min. Rol. i Ref. Rol. — Dział Zootechniki: S. Wadowski: Kilka cyfr z hodowli koni. Z Państw. Inst. Weter. w Puławach. — A. Sołtys: Gospodarcze i chorobotwórcze znaczenie muchówek kłujących oraz walka z nimi. — Z Wydziału Lek. Wet. U. M. C. S.

* * *

DZIENNIK ZDROWIA, organ urzędowy Ministerstwa Zdrowia. Redakcja i Adm. Warszawa, ul. Chocimska 24. Redaktor: Dr Stanisław Konopka. Nr 1 z 1 VIII 1945. Treść: Słowo wstępne Ministra Zdrowia. — Aktualne zagadnienia służby zdrowia. — Dział urzędowy: okóln. z 28 IV 44 w spr. tymcz. zezwolenia na wykonywanie praktyki lek. — Dekret K. R. N. z 11 IV 45 o podziale Mtwa Pracy, Opieki Społ. i Zdrowia. — Rozp. Mtra Zdrowia Zdrowia z 17 IV 45 w sprawie przymusowych szczepień ochr. przeciw tyfusowi brz. — Okólnik Nr 1. Ministra Zdrowia z 1 V 45 o tymczasowej organizacji Mtwa Zdrowia. — Okólnik Mtwa Zdrowia z 30 V 45 w spr. wykazów poradni. — Ok. Mtwa Zdrowia z 11 VI 45 w spr. określania wielkości oddziałów w szpitalach ogólnych. — Ok. Mtwa Zdrowia z 15 VI 45 w spr. P. Z. H. — Ok. Mtwa Zdr. z 18 VI w spr. organizacji opieki nad zdrowiem matki i dziecka. Ok. Mtwa Zdrowia z 21 VI 45 w spr. opieki lekarskiej nad dziecińcami. — Ok. Mtwa Zdr. z 21 VI w spr. uruchomienia nowych szkół pielęgniarskich. — Ok. Mtwa Zdrowia z 25 VI 45 w spr. reorganizacji Nadzw. Komisariatu do Walki z Epidemiami. — Ok. Mtwa Zdr. z 26 VI 45 w spr. wysokości opłat szpitalnych. — Zarządz. Mtwa Zdrowia z 18 V 45 w spr. przyjmowania podległych funkcjonariuszy Mtwa i interesantów z zewnątrz. — Zarządz. Mtwa Zdrowia z 18 V 45: przepisy wewn. o porządku przyjęć przez Ministra i Podsekretarzy Stanu. — Zarządz. Mtwa Zdrowia z 26 V 45 w spr. stanu obecnego placówek przeciwgruźliczych. — Instrukcje Nadzw. Komisariatu do walki z Epidemiami dla wojew. wydziałów zdrowia (wytyczne w zakresie walki z epidemiami). Ogólna instrukcja o zwalczaniu epidemicznych chorób zakaźnych. — Instrukcja Nadzw. Kom. Wal. z Epid. dla lekarzy powiatowych, lekarzy obwodowych, dezynfektorów: wzory sprawozdań. — Dział nieurzędowy: prof. Dr W. Szenajch: Drogi szpital. — tania kuracja. — Dr P. Szarejko: Szpitalnictwo wobec nowych zadań. — Dr E. Borkowski: O ambulatoryjnym leczeniu rzeżączki. — Doc. dr farm. S. Krauze: W sprawie niebezpiecznych zatruć namiastkami tłuszczów i olejów. — Dr P. Szarejko: Związki zawodowe a organizacja służby zdrowia. — Kronika.

* * *

Nr 2 z 15 1945: Dział urzędowy: Okólnik Mtwa Zdrowia z 28 VI 45 w spr. ogłaszania się techników dentystycznych. — Ok. Mtwa Zdr. z 3 VII 45 w spr. bezpłatnego leczenia osiedleńców i repatriantów. — Ok. Mtwa Zdr. z 7 VII 45 w spr. rejestracji specyfików. — Ok, Mtwa Zdr. z 7 VII 45 w spr. przesyłania danych służby zdrowia. — Ok. Mtwa Zdr. z 7 VII 45 w spr. aptek i drogerii opuszczonych. — Ok. Gl. Urzędu Tymcz. Zarz. Państw. z 14 VI 45 w spr. wydzierżawienia przedsiębiorstw farmaceutycznych. — Ok. Mtwa Zdr. z 9 VII 45 w spr. zasiłków osiedleńczych dla personelu sanitarnego. — Ok. Mtwa Zdr. z 14 VII 45 w spr. opłat za egzaminy drogistowskie. — Ok. Mtwa Zdr. z 5 VII 45 w spr. realizacji budżetu. — Ok. Mtwa Zdr. z 1 VII 45 w spr. tymczasowej instrukcji kancelaryjnej. — Ok. Mtwa Zdr. z 24 VII 45 w spr. utworzenia inspektoratu technicznego do spraw zdrojowisk, uzdrowisk i zakładów leczniczych. — Ok. Mtwa Zdr. z 27 VII 45 w spr. zabezpieczenia materiałów lekarskich. — Ok. Mtwa Zdrowia z 28 VII 45 w spr. zapewnienia samodzielności działania naczelnikom wydziałów zdrowia. — Zarządz. Mtwa Zdr. z 14 VII 45 w spr. powołania Zarządu Fundacji im. J. hr. Po-

tockiego. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 25 VI 45 w spr. środków leczniczych nie odpowiadających wymaganiom farmakopei. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 28 VI 45 w spr. spisu szpitali i zakładów leczniczych. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 29 VI 45 w spr. unormowania polityki i gospodarki personalnej. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 30 VI 45 w spr. zapotrzebowania na zioła lecznicze. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 2 VII 45 w spr. mianowania Komisarzy N. N. K. przy wojew. wydziałach zdrowia. Organizacja komisariatów do walki z epidemiami przy wojew. wydz. zdrowia. Zadania komisarzy do w. z epid. przy wojew. wydz. zdr. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 3 VII 45 w spr. zbiórki kamieni żółciowych. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 3 VII 45 w spr. wysokości opłat szpitalnych. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 3 VII 45 w spr. skupu i rozprowadzenia leczniczych surowców roślinnych. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 7 VII 45 w spr. skupu i i rozprowadzania leczn. surowców rośl. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 7 VII 45 w spr. usunięcia napisów w języku niemieckim. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 14 VII 45 w spr. referentów stomatologicznych przy wojew. Wydz. Zdrowia. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 25 VII 45 w spr. opieki nad psychicznie chorymi. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 26 VII 45 w spr. komisji lekarskich dla celów emerytalnych. Pismo ok. Mtwa Zdr. z 1 VIII 45 w spr. kwitów depozytowych na niewymienione złote krakowskie i marki niemieckie. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 1 VIII 45 w spr. wysokości diet. — Pismo ok. Mtwa Zdrowia do Mtwa Oświaty w sprawie studiów lekarskich. — Wyjaśnienia i uzupełnienia do postulatów w sprawie studiów lekarskich. — Dział nieurzędowy: Dr Z. Grynberg: Jednolita służba zdrowia (refer. na Zj. Nacz. Woj. Wydz. Zdrowia). — Dr M. Telatycki: Najpilniejsze zadania walki z gruźlicą w Polsce. — Dr I. Sztachelska: Służba Zdrowia na wsi. (ref. na Zj. Nacz. Woj. Wydz. Zdr.). — Dr S. Konopka: Zagadnienia naukowo-wydawnicze (ref. na Zj. Nacz. Woj. Wydz. Zdr.). — Sprawozdanie z I Zjazdu Lek. Pow. w Lublinie. — Kronika. Przegląd czasopism. Katalog Gł. Biblioteki Lekarskiej.

* * *

Nr 3 z 1 IX 1945: Dział urzędowy: Ok. Mtwa Zdr. z 8 VIII 45 w spr. samowolnego opuszczania przez lekarzy stanowisk służbowych. — Pismo ok. M. Z. z 3 VIII 45 w spr. chorych obywateli francuskich znajdujących się w szpitalach. — Pismo ok. M. Z. z 7 VIII 45 w spr. zrzeszenia się uzdrowisk w Związku Uzdrowisk Pol. — Pismo ok. M. Z. z 8 VIII 45 w spr. osiedlania się personelu sanitarnego na terenach nowoprzyłączonych do Polski. — Pismo ok. M. Z. z 18 VIII 45 w spr. nadsyłania danych z akcji przeciwweneryczenej. — Pismo ok. M. Z. z 21 VIII 45 w spr. opieki lek. w dziecińcach. — Pismo ok. M. Z. z 22 VIII 45 w spr. rozdziału materiałów włókienniczych. — Pismo ok. M. Z. z 27 VIII 45 w spr. prenumeraty „Dziennika Zdrowia". — Pismo ok. M. Z. z 28 VIII 45 w spr. wysokości diet w czasie pełnienia czynności służbowych poza zwykłym miejscem służbowym. — Pismo ok. M. Z. z 23 VII 45 w spr. obowiązków inspektora farmaceutycznego. — Dział nieurzędowy: prof. dr W. Szenajch: O liczebności personelu lekarskiego i pielęgniarskiego w szpitalach i klinikach. w świetle potrzeb chorego oraz wymogów nauki i nauczania. — Dr J. Dobrzyński: Odbudowa i rozbudowa lecznictwa. — Dr M. Skokowska Rudolfowa: Opieka nad zdrowiem dziecka i matki. — Mgr A. Ruszkowski: Zagadnienie leków (ref. na Zj. Nacz. Woj. Wydz. Zdr.). — Kronika. Katalog Gł. Bibl. Lek.

NA WZNOWIENIE „PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO" ZŁOŻYLI:

500 zł

Prof. dr Pawlas Tadeusz—Akademia Lekarska w Gdańsku. Dr Klassa-Brunicki Eugeniusz z Krakowa.

300 zl

Dr Kulesza Stanisław — Zamość. Dr Dziewoński Władysław z Kęt.

250 zł

Dr Borkowski Władysław — Starachowice. Dr Komraus Bernard z Oświęcimia.

200 zł

Dr Karolini Tadeusz — Kozy, pow. bielski. Dr Zieliński Marian z Brzeszcza (p. bielski). Dr Oleśnicki Jan z Oleśnicy (k. Wrocławia).

150 zł

Dr Ossadnik Karol — Przeworsk. Dr Sobaszek Jan, lek. pow. z Dębicy. Dr Motylewicz Antoni z Białej. Dr Mauer Stefan ze Szczucina.

140 zł

Dr Barylski Tadeusz z Katowic.

100 zł

Dr Waydowski Tadeusz — Ropczyce. Dr Bieniarz, Breza, Okulicz, Stawowczyk, Stolarzewicz, Stanisz, Lorenc i Walicki z pow. żywieckiego.

Dr Raczyński Mieczysław, Rosławski Leon, Lorenz Tadeusz, Biłyk Tadeusz z Dąbrowy Tarnowskiej. Dr Golfron Eugeniusz z Gręboszowa, dr Kułakowski Leszek z Żabna.

Dr Friedfeld z Oświęcimia, dr Grzywa Antoni, dr Swatoń Franciszek i dr Bogdanowicz Hama z Białej. Dr Bakierowski Zbigniew z Kęt. Dr Sierankiewicz Józef z Brzeszcza.

Obwód Częstochowski Związku Lekarzy Państwa Polskiego:

150 zł

Dr Szaniawski Paweł, dr Grzybowski Czesław, dr Jaroń Włodzimierz.

100 zł

Dr Pacewicz Karol, dr Pacewiczowa Janina, dr Szajkowski Wacław, dr Smelczyński Marian, dr Kowczyk Witaliusz, dr Piwowarczyk Jan, dr Mozołowska Janina, dr Bressler Jerzy, dr Szulc Edward, dr Bukowski Juliusz, dr Kuklewski Czesław, dr Rząśnicki Adolf, dr Rozenowicz Bronisław, dr Pokorny Jan, dr Treiwisz Eugeniusz, dr Ostrzycki Tadeusz, dr Banaszkiewicz Jan, dr Bielunas Jan, dr Muskałówna Helena, dr Harasimowicz Paweł, dr Witkowska Aleksandra, dr Jewsiejenko Dymitr, dr Dykierowa Eugenia, dr Fenske Ferdynand, dr Stypułkowski Bolesław, dr Secomski Józef, dr Karczewski Władysław, dr Przyrowski B., dr Dobrzyński Jerzy, dr Olszewski Al., dr Nowakowska Wanda, dr Kulesza Jan, dr Ferens Tadeusz, dr Radosławski Edward, dr Dziubiński Władysław.

50 zł

Dr Grott Józef Wacław, dr Popławski Bolesław.

Rok I Seria II Kraków Nr 8 (15 października 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja: Kraków, Krupnicza 11 a m. 11 Tel. 543-16 Konto P. K. O. Nr IV-310

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie Redaktor odpowiedzialny: dr J. Hozer

Rok I Seria II Kraków Nr 8 (15 października 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11a m. 11
Tel. 543-16
Konto P. K. O. Nr IV-310

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie Redaktor odpowiedzialny: Dr J. Hozer

ODON BUJWID

Prof. Odon Bujwid był jedną z najbardziej charakterystycznych, najbardziej ciekawych osobistości nie tylko na Uniwersytecie Jagiellońskim, ale i w Krakowie.

Był pionierem w najszerszym tego słowa znaczeniu. Torował nowe drogi w Polsce na polu bakteriologii, higieny i innych odcinkach życia społecznego. Nie łatwo opisać bojową działalność tego fascynującego człowieka.

W 1893 roku został Prof. Bujwid powołany na katedrę bakteriologii i higieny Un. Jag., Młody, bo zaledwie 36-letni profesor miał już za sobą bogatą i trudną przeszłość. Studia odbywał w bardzo ciężkich warunkach. Utracił rodziców w 15 roku życia i musiał zarabiać na utrzymanie swoje i dwóch młodszych sióstr. Dzięki wyjątkowej dzielności udało mu się mimo to doprowadzić swoje studia do końca. Już podczas studiów uniwersyteckich pracował nad działaniem zaczynów śliny w pracowni prof. Lambla, a po ukazaniu się pierwszych prac Kocha, nad gruźlicą. Po przesłaniu Kochowi wyników swoich doświadczeń został zaproszony przez Kocha jeszcze jako słuchacz medycyny na kurs wraz z 18 wybrańcami z całej Europy. Był to okres największego przewrotu w medycynie, okres w którym medycyna weszła na zupełnie nowe tory.

Po ukończeniu studiów u Kocha oraz studiów uniwersyteckich założył Prof. Bujwid pierwszą w Polsce doświadczalną pracownię bakteriologiczną w Warszawie.

Gdy wieść o rewelacyjnych doświadczeniach Pasteura dotarła do Warszawy, udał się młody uczony do Paryża. Po kilku miesiącach wrócił do do kraju przywożąc zarażonego wścieklizną królika i założył w roku 1897 w Warszawie — dzięki poparciu Dr Chałubińskiego — pierwszą w Polsce stację szczepień przeciw wodowstrętowi. W roku 1891 uruchomił pierwszy w Polsce Zakład badania środków spożywczych i był jednym z głównych inicjatorów założenia racjonalnych filtrów i wodociągów miasta Warszawy.

W latach 1890—1893 jeździł stale między Petersburgiem, gdzie pracował nad gruźlicą, Odessą w której prowadził tymczasowo pracownię bakteriologiczną i Warszawą. Nie dał się skłonić mimo nadzwyczaj korzystnych warunków ofiarowanych mu przez rząd carski, do objęcia stałego stanowiska w Odessie. Jako dobry Polak i gorący patriota pragnął pracować w kraju, wśród swoich.

Po objęciu katedry higieny i bakteriologii na Uniwersytecie Jagiellońskim rozpoczął na terenie Krakowa uporczywą i żmudną walkę o nieznane wówczas i nieuznawane pojęcia, walkę o higienę społeczną.

Homeryckie boje musiał staczać z zacofanym i zaśniedziałym społeczeństwem krakowskim o wodociągi. Pomimo zjadliwych artykułów w prasie, pomimo piętnowania go jako płatnego agenta firmy Waldeck-Rousseau, zdołał przez szeroką propagandę nowych haseł higieny przekonać ówczesny zarząd miejski. Kraków otrzymał wodociągi.

W uniwersyteckiej pracowni bakteriologicznej prowadził prace naukowe w kierunku higieny wody, higieny powietrza i higieny środków spożywczych, a przede wszystkim mleka. Swoiste naświetlenie wielu zagadnień i gruntowne opracowania ze stanowiska bakteriologii było podówczas rewelacją w świecie lekarskim. Z pracowni Profesora wyszło wielu dzielnych bakteriologów i znakomitych uczonych — jak Dr Filip Eisenberg, Prof. Nitsch, Prof. Schultz, Prof. Sierakowski, Dr Gertler i inni.

W zakładach Profesora podczas wojny światowej znalazło schronienie wielu sławnych uczonych jak Prof. Weigl, Prof. Szafer, Prof. Parnas, Prof. Grochmalicki, Prof. Gieszczykiewicz i inni.

Wraz z objęciem katedry w Krakowie wprowadził szczepienie przeciw wodowstrętowi. Założył zakład badania środków spożywczych. Pierwszy w Polsce, a trzeci w Europie, produkuje surowicę przeciw błonicy.

Tak jak rewolucyjną była działalność Profesora na polu medycyny i higieny społecznej tak też

i rewolucyjną była jego działalność na polu pracy społecznej i narodowej. Przede wszystkim chodziło mu o uświadomienie polskości i budzenie ducha oporu wśród ospałego i wygodnie pod jarzmem austriackim wegetującego mieszczaństwa krakowskiego. Dom jego był przez długie lata ośrodkiem, w którym koncentrowała się niepodległościowa, postępowa i niezależna myśl polska. Szerzenie oświaty i kultury wśród najszerszych mas, miast i wsi była stale jego najserdeczniejszą troską.

Współdziałał przy tworzeniu i stale wydatnie finansował Towarzystwo Szkoły Ludowej T. S. L., Uniwersytet Ludowy, Polski Dom w Morawskiej Ostrawie, Towarzystwo im. Kraszewskiego.

Wraz z żoną swoją, zasłużoną i niezapomnianą pionierką w walce o równouprawnienie kobiet, walczył i wydatnie się przyczynił do dopuszczenia kobiet do wyższych studiów i założył pierwsze żeńskie gimnazjum w Krakowie.

Profesor i jego żona byli w pełnym tego słowa znaczeniu światłymi Europejczykami i wyprzedzali conajmniej o pół wieku swoich współczesnych. Z podziwu godną uwagą wygłaszali publicznie swoje poglądy, istotnie rewolucyjne tak pod względem politycznym jak społecznym i obyczajowym. Walczyli o sprawiedliwość społeczną, walczyli o nowe metody wychowawcze, walczyli z zakłamaniem, militaryzmem, antysemityzmem i wszelkim wstecznictwem. Wielu nie chciało go zrozumieć i nie mogło mu wybaczyć, że był niezależny, odważny, a przede wszystkim inny. Nie mogli mu też wybaczyć tego, że mimo napaści i oszczerstw był wręcz uwielbiany przez postępową młodzież krakowską.

Profesor Bujwid przyczynił się też nie mało do uświadomienia wsi. Przez pokazowe nauczanie najprostszych zasad higieny, bezpłatne leczenie, wprowadzenie reform w gospodarstwie rolnym, rozdawanie szczepków szlachetnych drzewek owocowych i czystych nasion, traw itp. dbał o podniesienie poziomu życiowego mieszkańców wsi.

Jedną z ostatnich umiłowanych idei Profesora było Esperanto, które uważał za międzynarodowy język przyszłości. wspólny język zbratanych i zjednoczonych wolnych narodów. Człowiek, który nade wszystko umiłował wolność, zmarł 26 grudnia 1942 roku nie doczekawszy się wyzwolenia. Człowiekowi, który całe swoje życie głosił zasadę *homo res sacra* i zwalczał maksymę *homo homini lupus* nie zostały niestety zaoszczędzone w ostatnich chwilach jego życia najstraszliwsze „czasy pogardy" jakie kiedykolwiek przeżywała ludzkość.

Najważniejszymi pracami Profesora są: Hodowla Promienicy 1889 r. — Tuberkulina i jej stosowanie (nazwa nadana przez Prof. Bujwida) 1891 r. — O zarazku cholery (próba indolowa) 1893 r. — Uwagi nad działaniem filtrów 1893 r. — Roznoszenie gruźlicy u bydła 1899 r. — Surowice różycowe (nazwa nadana przez Prof. Bujwida) 1906 r. — Modyfikacja metody Pasteura 1912 r.

Bolesława Gołąbowa.

Prof. dr Fr. K. WALTER Kraków

Kryteria wyleczenia kiły

Przed wojną miałem sposobność zająć się tym tematem na łamach Medycyny i Przyrody. W obecnej chwili, w obliczu tak znacznego szerzenia się kiły i konieczności walki z nią, sądzę, że pożytecznym będzie powtórnie poruszyć zagadnienie wyleczenia kiły. Zagadnienie to bowiem nie jest tylko wyłączną sprawą odzyskania zdrowia leczonego chorego — ale sięga głęboko w problemy społeczne, ze względu na niebezpieczeństwa i następstwa, jakie pociąga za sobą niewyleczone zakażenie kiłowe. Z tą wielką klęską o charakterze społecznym jaką jest kiła wiąże się wiele doniosłych dla ogółu ludności i państwa problemów, jak np. zagadnienie liczby urodzin, sprawa wychowywania zdrowego potomstwa, sprawa zapobieżenia ciężarowi spływającemu na państwa w postaci utrzymywania i wyposażania szpitali i zakładów dla nieuleczalnie chorych i kalek. Sprawą tą musi więc zająć się oprócz lekarza także ekonomista i ustawodawca.

Jednym z niezwykle odpowiedzialnych zadań lekarza jest stwierdzenie wyleczenia kiły. Jednakże z góry zaznaczyć należy, że zagadnienie to, chwila uznania chorego za wyleczonego, nie jest łatwe i wymaga namysłu i dokładnej znajomości wartości sposobów badania.

Lekarze hołdujący zapatrywaniu, że kiła jest nieuleczalna lub tylko w bardzo wyjątkowych przypadkach, znajdą odpowiedź bardzo łatwo. Ze stanowiska zarówno nauki i praktycznego naszego doświadczenia — pogląd ten jednak nie da się utrzymać, kiła jest bowiem uleczalna.

Sama skuteczność chemicznych leków przeciwkiłowych i sposób ich zastosowania, nie jest jedynym czynnikiem leczniczym; niezwykle ważnym czynnikiem jest zdolność współdziałania w tej akcji samego ustroju leczonego chorego. W przypadkach, w których sprawność ustroju zawodzi — a objawy kliniczne, a jeszcze w większej mierze dodatnie serologiczne odczyny utrzymują się mimo leczenia, stosować musimy prócz środków przeciwkiłowych także inne metody leczenia, przede wszystkim nieswoistego leczenia (leczenie bodźcowe, szczepienie sztuczne zimnicy).

W związku z zagadnieniem wyleczenia kiły powstaje pytanie, czy my dziś umiemy lepiej leczyć kiłę niż nasi poprzednicy. Dziś przyznać musimy, że stanowisko nasze w tym względzie jest o wiele pewniejsze — zwłaszcza, że posiadamy nowe sposoby i nowe środki leczenia, a także nowe i pewniejsze metody rozpoznawania zwłaszcza w przypadkach bezobjawowej kiły i kiły narządów wewnętrznych. Przyznać jednak należy, że nie są one tak doskonałe i pewne jakie byśmy pragnęli posiadać.

Nasze wiadomości z zakresu patogenezy kiły — jej rozpoznawania i leczenia — są cennymi zdobyczami lat ostatnich i bez nich nie moglibyśmy sobie wyobrazić nowoczesnego leczenia kiły, ani też momentu określenia wyleczenia. Ale czy metody stosowanego przez nas leczenia są wystarczające do zupełnego wyleczenia? Czy są one skuteczne, zapytuje

prof. Lenartowicz w jednym ze swych rozważań nad kiłą i co ważniejsze „czy umiemy wyleczyć i czy mamy pewność wyleczenia"[1]. Również określenia dostatecznego lub niedostatecznego leczenia są niewystarczające według tegoż autora, — bowiem nie wiemy jakie leczenie jest właściwe. R. Bernhard w r. 1935[2] zwracał uwagę, że „pojęcie dostateczności leczenia jest bardzo rozciągliwe i czysto osobnicze. Co mogłoby być niedostateczne, nazbyt małe dla jednego ustroju, będzie dla drugiego nadmierne a nawet szkodliwe. Czy postępowanie lecznicze jest dostateczne czy też jeszcze niewystarczające, można byłoby ocenić i ustalić jedynie na zasadzie stwierdzenia stanu wyleczenia lub niewyleczenia. Wiadomo jednak, że obecnie nie rozporządzamy takimi sposobami badania".

Jest to prawda — jednakże nie wolno nam zapominać, że wiadomości nasze i możliwości na tym polu są o wiele większe, niż były dawniej. Umiemy leczyć lepiej, choćby dlatego, że możemy wcześniej rozpoznawać zakażenie kiłowe, a w odpowiedniej wkraczając chwili, nawet powstrzymać uogólnianie się swoistego jadu w ustroju. Dziś nie tracimy czasu, oczekując czy zakażenie jest jawne — badaniem bowiem mikroskopowym podejrzanego wczesnego objawu chorobowego możemy sprawę niemal w minutach rozstrzygnąć. Badanie serologiczne pozwala nam wejrzeć niejako do wnętrza badanego ustroju — stwierdzić kiłę, o istnieniu której chory zupełnie nie wiedział. Także nie ujdą naszej uwagi te przypadki zakażeń, w których nie przyszło do wystąpienia osutki, mimo istnienia zmiany pierwotnej, czego, stosując się do dawniejszych zasad rozpoznawania nie moglibyśmy stwierdzić a tymbardziej przystąpić do leczenia.

Jednak musimy przyznać, że nasze zdobycze w zakresie syfilidologii z ostatnich 40 lat — nie zaspakajają naszych żądań. Rozprzestrzenianie jadu kiłowego, o czym pouczają nas doświadczenia na zwierzętach, może odbywać się i odbywa się w zakażonym ustroju bardzo szybko, wskutek czego i leczenie nasze napotkać może na liczne przeszkody i rozwiać sen o leczeniu poronnym. Dziś już nikt nie łudzi się tą możliwością i leczenie prowadzi się jako leczenie przerywane.

Także badania serologiczne — zawodzące nas w wielu przypadkach i to właśnie w takich, w których oczekujemy z ich strony decydującego rozstrzygnięcia — nie mogą zaspokoić naszych żądań. W okresie kiły utajonej a nawet w pewnych przypadkach także jawnej — są ujemne. Roztrząsając zagadnienie znaczenia odczynów serologicznych ze stanowiska lekarza praktyka napotykamy na długi szereg wątpliwości. Jednakże przyznać należy, że bez odczynu serologicznego nie możemy wyobrazić sobie diagnostyki kiły, a przede wszystkim diagnostyki kiły narządów czy układów narządów.

Dalsza zdobycz diagnostyczna, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, bez którego dziś nie wypuszczamy z naszej opieki leczonego chorego, wyjaśniło nam wiele zagadnień z zakresu kiły nerwowej i przyczyniło się do poznania wcześnie występujących zmian w ośrodkowym układzie nerwowym, o których dawniej nie wiedzieliśmy. Badanie to pozwala nam na sformułowanie przypuszczenia, że badany chory może być kandydatem na przyszłego porażeńca. Stwierdzenie tego stanu i przeprowadzenie odpowiedniego leczenia, mogą zapobiec późniejszemu wystąpieniu tych groźnych zmian chorobowych.

Znaczenie naskórnych i śródskórnych prób różnorodnymi wywoływaczami zawierającymi materiał kiłowy — praktycznie w dobie obecnej nie posiada większego zastosowania.

A gdybym chciał omawiać korzyści z naszych nowoczesnych metod leczenia sprzężonego arsenobenzolowo-rtęciowo-bismutowego i leczenia nieswoistego, bodźcowego — to należało by poświęcić tym zdobyczom wiele miejsca, jak również korzyściom z nich płynącym. Ostatnie dziesiątki lat uczyniły nas lepiej przygotowanymi do walki z zakażeniem kiłowym i lepsze też dziś otrzymujemy wyniki.

Dawniejsi lekarze również leczyli dobrze — jednak dziś leczymy lepiej — bo wcześniej i dłużej możemy atakować krętki blade — kierując się chociażby odczynami serologicznymi. Dawniej zbyt wcześnie przerywano leczenie — nie znano bowiem odczynów serologicznych, ani wartości badań nad zachowaniem się płynu mózgowo-rdzeniowego wśród leczenia i po leczeniu, kiedy odczyny serologiczne stają się już ujemnymi. A badaniem tym możemy zapobiec wcześnie groźbie wystąpienia zmian kiłowych późnych w ośrodkowym układzie nerwowym[1].

Niestety — ciemną stroną naszego leczenia jest brak jednolitej metody leczenia, nie wiemy również co jest leczeniem dostatecznym. Zgadzamy się jednak, że leczenie rozpocząć należy jak najwcześniej, skoro tylko metodami mikroskopowymi i serologicznymi stwierdzimy pewność istnienia zakażenia, rezygnując nawet z korzyści wytwarzania się w ustroju sił obronnych — na co dawniejsi lekarze tak baczną zwracali uwagę — uważając czynniki te za fakt sprzyjający wyleczeniu kiły.

W okresie dziesięciu lat przed rokiem 1939 sprawą leczenia kiły, a zwłaszcza wartości różnych sposobów jej leczenia zajęła się komisja ekspertów z ramienia organizacji higienicznej Ligi Narodów. Opracowana ankieta przez Martensteina obejmowała 25623 odpowiedzi na postawione przez Komisję pytania. W ankiecie brały udział oddziały kliniczne i szpitalne z Niemiec, Danii, Francji, Stanów Zjednoczonych A. P., Wielkiej Brytanii i dotyczyły chorych z różnych okresów kiły i leczonych różnymi metodami. W wynikach ankiety uwzględniono dwie metody leczenia: leczenie przerywane i leczenie ciągłe. Pierwszy sposób leczenia opiera się na seriowych leczeniach, których liczba zależy od okresu i czasu trwania choroby, oddzielonych od siebie przerwami. Drugi sposób leczenia ciągłego polega na stałym stosowaniu różnych leków przeciwkiłowych, przez czas mniej więcej 65 tygodni. Przerwy pomiędzy pojedynczymi leczeniami nie mogły być dłuższe niż 4 tygodnie. Stosowano naprzemian wyłączne leczenie przetworami arsenobenzolowymi lub bismutem, rtęcią (olej szary lub salicylan rtęci) i jodem. Eksperci

[1] Praktyka lekarska R. 1936, Nr 11.
[2] Wskazania i przeciwwskazania do leczenia przymiotu arsenobenzolem. Medycyna 1935, Nr 1.

[1] Fr. Walter: Serodiagnostyka na usługach lekarza praktyka. Kronika Weneryczna R. 1939, Nr 4.

przyszli do przekonania, że żadnej z tych dwóch metod nie można przyznać pierwszeństwa, gdyż w różnych krajach otrzymywano bardzo korzystne wyniki lecznicze, mimo, że stosowano odmienne metody lecznicze. Leczenie ciągłe w Stanach Zjednoczonych okazało się nadzwyczaj korzystne, kliniczne bowiem nawroty występowały zaledwie w 0,77%, natomiast po leczeniu przerywanym w 9,75%, a nawet po leczeniu częściowo stałym a częściowo przerywanym w 11,5%. Leczenie przerywane oddawało znowu doskonałe usługi w Danii i Wielkiej Brytanii. Bernhardt zaznacza, że ankieta Ligi Narodów dała mało nowego, odświeżyła natomiast niektóre prawdy stare, znane i uświęcone — pozostawiła nas jednak w dalszej niepewności trwożliwej, czy kiła jest uleczalną doszczętnie i jakie metody prowadzą do tego celu najprędzej, a przynajmniej najpewniej. Na wielkie dobro ankiety zapisać należy zalecenie, aby leczyć chorych na kiłę jednakowo wydajnie, bez względu na okres schorzenia tj. kiłę pierwszorzędną i drugorzędną. W ten sposób wypowiedziano się przeciw leczeniu poronnemu.

Ankieta zwraca uwagę również na dawki arsenobenzolowe, przy czym do lat 50 u dorosłych, pozwala na stosowanie jednorazowych tygodniowych dawek po 0,6, 0,75 a nawet 0,9 arsenobenzolu nowego. Zgadzam się z Bernhardtem, że są to dawki zbyt wysokie u 50-letniego mężczyzny, narządy jego są zazwyczaj już zużyte i mogą nie wykazywać należytej odporności. Duże dawki należy najwyżej stosować do lat 35 lub 40. Leczenie trwać powinno około lat 2 (jeżeli przebieg odczynów serologicznych zachowuje się pomyślnie) a po całkowitym leczeniu osobnik powinien pozostawać w obserwacji nie mniej niż 3 lata. Bernhardt rozciąga je na czas dłuższy 5—8 lat.

Wnioski sformułowane przez komisję ekspertów w najważniejszych swych tezach brzmiały następująco:

Leczenie musi być rozpoczęte możliwie jak najwcześniej w okresie zmiany surowiczo-ujemnej, przy czym należy bezwzględnie zastosować wszystkie możliwości rozpoznawcze.

Przed rozpoczęciem leczenia należy dokładnie zbadać ogólny stan zdrowia chorego, a w czasie leczenia poddawać go dokładnej kontroli.

Po skończonym leczeniu musi pozostać leczony najmniej w trzechletniej obserwacji klinicznej i serologicznej.

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego przed skończonym okresem obserwacji jest niezbędne.

Wskazania te są nam od dawna znane i według nich postępujemy lecząc chorego. Najważniejszej jednak odpowiedzi, która metoda jest lepsza niestety nie otrzymaliśmy — komisja bowiem przyszła do przekonania, że obie dają dobre wyniki. Nawet dawkowanie mniejsze od przyjętego u nas może doprowadzić do wyleczenia. Niekorzystną stroną są w tych zaleceniach układy leczenia o czasach i dawkach sztywnych, po amerykańsku standaryzowanych. „Gdy patrzę na te układy“ — pisze Bernhardt — „doznaję wrażenia, że znajduję się w składzie gotowej odzieży, skrojonej i uszytej na dwie miary“[1].

[1] R. Bernhardt: Od rtęci, poprzez arsen do bismutu. Medycyna R. 1939, Nr 6.

Podobnego zdania są też inni autorzy. Jedynie pewne wnioski, dające się wysnuć z tych tez, to te, że leczyć należy jak najwcześniej, długo i energicznie, i długo po skończonym leczeniu obserwować chorego.

Leczenie u nas jest właściwie leczeniem przerywanym i gdybyśmy rozporządzali podobnymi dokładnymi danymi, odnoszącymi się do wyników leczenia, to z pewnością nie byłyby one gorsze od wyników uzyskanych po leczeniu ciągłym, jeżeli tylko chorzy stosowali się do wskazówek lekarza. Osobiście jestem zwolennikiem leczenia przerywanego, które również uwzględniać powinno miejscowe warunki chorego (leczenie prywatne, zakładowe). Stwierdzenie, może nazbyt częstego występowania nowych zmian pierwotnych *(reinfectio)* — po leczeniu ciągłym, nie musi być uważane za skutek nowego zakażenia, mogą to być bowiem odosobnione nawroty drugorzędne, monorecydywy. Zgadzamy się prawie wszyscy, że nie możemy liczyć na skuteczność leczenia poronnego, — ale że w każdym przypadku zmiany pierwotnej stale surowiczo-ujemnej — należy stosować leczenie sprzężone, seryjne. Leczenie należy bezzwłocznie rozpocząć, po bezwzględnie pewnym ustaleniu rozpoznania, przede wszystkim w okresie zmiany pierwotnej z ujemnymi odczynami serologicznymi „bez straty jednego dnia ani nawet godziny“ (Grzybowski).

Leczenie kiły musi być długotrwałe i długą powinna być obserwacja po skończonym leczeniu. T. Pawlas w swoim bardzo dokładnym i szczegółowym, opartym na długoletnim doświadczeniu „projekcie organizacji lecznictwa i walki z chorobami wenerycznymi w Ubezpieczalniach Społecznych w Polsce“.(Część I Walka z kiłą, Warszawa 1938), podaje dokładne i wyczerpujące wskazówki do leczenia kiły w różnych okresach i w różnym czasie. Dokładne dane lecznicze zawarte są również w obszernym dziele M. Grzybowskiego „Leczenie kiły“. Zbyt długie leczenia, trwające szeregi lat, tak jak je podaje Milian, uważam za bezcelowe, nie mają one bowiem większej wartości zapobiegawczej dla uchronienia leczonego od występowania późnych zmian. Statystyka Moore'a — przytoczona przez Grzybowskiego, stwierdza, że w większości badanych przypadków bezobjawowy stan chorych osiągnięty zwykłym leczeniem, jest taki sam po upływie 2 do 5 lat jak np. po latach 15-tu, mimo że w międzyczasie badany nie był leczony. I tak po 2—5 latach po skończonym leczeniu w 52,7% stwierdził Moore brak jakichkolwiek objawów chorobowych, po 5—10 latach w 53,6% a po 10—15 latach w 50%.

Różne są wyniki statystyk — co do braków nawrotów po leczeniu jednak nie ma wątpliwości, że wyniki leczenia są tym lepsze im wcześniej rozpocznie się leczenie. Trudno jeszcze dziś ocenić należycie wartość różnych metod leczenia a to ze względu na trudności techniczne w zestawieniu wyników, a także ze względu na osobiste zachowanie się leczonego, który przecież nie zawsze stosuje się do wskazówek lekarza. Niezwykle wartościową pracę o wynikach leczenia kiły kończy R. Bernhardt następującym zestawieniem: W świetnej swej rozprawie pt. „Z zagadnień leczenia kiły“ J. Lenartowicz rzuca śmiałe pytanie: „czy kiłę umiemy lepiej leczyć dziś niż

dawniej, czy nam się tylko zdaje, że ją leczymy lepiej, i skuteczniej“ Na to Lenartowicz odpowiada: „nie odnoszę wrażenia abyśmy umieli lub leczyli lepiej i skuteczniej dziś niż dawniej“. Fr. Walter jest odmiennego zdania: „leczymy dziś lepiej, bo możemy wcześnie atakować krętki blade“. Nadmienia on ponadto, że „dowody, na których opieramy nasze przypuszczenia wyleczenia kiły, są wprawdzie dziś dość liczne, jednak nie są takie, ażeby mogły każdego, zwłaszcza pesymistycznie do sprawy wyleczenia kiły nastawionego, o możliwości jej wyleczenia przekonać. Wreszcie Walter przyjmuje z Tommasim za „pewnik, że znaczna liczba kiłowych chorych, leczonych dokładnie, obserwowanych przez długie lata, nie wykazuje żadnych objawów chorobowych, to znaczy, że chorzy ci musieli być wyleczeni“. Przypuszczam, że te zapatrywania, tak odmienne można pogodzić do pewnego stopnia. Jeżeli idzie o leczenie objawowe, — o korzyści doraźne, trzeba przyznać rację Walterowi. Gdy rzecz dotyczy wyników późnych (bynajmniej nie mówię o wyleczeniu w ścisłym słowa znaczeniu), należy przyznać słuszność Lenartowiczowi. Mógłbym jeszcze złagodzić twardy zwrot Lenartowicza: czy nam się tylko zdaje, że ją (kiłę) leczymy lepiej i skuteczniej. Powiedziałbym: „pragniemy wierzyć, że dziś leczymy lepiej“.

Tyle Bernhardt. A teraz rozważmy od czego zależeć będzie wynik leczenia. kiedy wyleczenie nastąpić może i jakie są kryteria jego wyleczenia?

Nad rozwiązaniem tego zagadnienia stracono już wiele czasu i wiele poświęcono mu badań i rozpraw. Bezwątpienia końcowy wynik leczenia zależy od właściwości konstytucjonalnych chorego, od współdziałania jego ustroju, od wieku, od czasu rozpoznania, od jakości leczenia, od dawek leków, od trybu życia chorego i jego pracy zawodowej. Nieswoisty czynnik, właściwy każdemu ustrojowi ma dla leczenia zasadnicze znaczenie, mimo wybitnego działania środków przeciwkiłowych. Znany on był już dawniejszym lekarzom, którzy uważali, że występuje w pełni, dopiero w okresie kiły drugorzędnej i dlatego stosowano różne pomocnicze zabiegi nieswoiste, jak środki napotne, leczenie głodowe itp. aby wykorzystać możliwie w pełni te swoiste właściwości ustroju. Dawniejsze leczenie doprowadzało do wyleczenia, ale nie można zaprzeczyć, że nieraz również następowało samo wyłeczenie, dzięki właśnie tym siłom obronnym ustroju.

Od każdej metody leczenia żądać należy aby wyleczenie kiły było zupełne i stałe. Chociaż nie zawsze może być wyleczeniem w znaczeniu anatomicznym, prowadzącym do restitutio ad integrum, to jednak powinno być wyleczeniem etiologicznym, chociażby pozostawiało pewne ślady zmian anatomicznych. Mówiąc więc o kryteriach wyleczenia, możemy mówić z naszego punktu widzenia tylko o kryteriach wyleczenia etiologicznego.

Dowody, na których opieramy nasze przypuszczenie wyleczenia kiły są wprawdzie dziś dość liczne, jednak nie są takie, ażeby mogły każdego, zwłaszcza pesymistycznie do sprawy wyleczenia kiły nastawionego, o możliwości jej wyleczenia przekonać.

Że kiła jest wyleczalna a nawet samowyleczalna przekonano się z doświadczeń na zwierzętach i fakt ten potwierdzają kliniczne spostrzeżenia. Do niedawna sądzono, że zjawisko powtórnego zakażenia jest bezwzględnym dowodem wyleczenia pierwszego zakażenia. Współczesne jednak nasze wiadomości o zjawiskach odpornościowych ustroju kiłowego — każą się nam na te sprawy inaczej zapatrywać. Wiele z tych rzekomych nowych powtórnych zakażeń okazało się w świetle badań krytycznych tylko odosobnionymi nawrotami. Co więcej, dziś wiemy zarówno z doświadczeń na zwierzętach, jak też ze spostrzeżeń nad kiłą ludzką, że możliwe jest zjawisko nadkażenia ustroju jeszcze nie wyleczonego z poprzedniego zakażenia. A to nadkażenie możliwe jest w każdym okresie kiły. Jednak należy podnieść, że mimo tych rozlicznych i słusznych wątpliwości, każdemu lekarzowi praktykowi znane są przypadki prawdziwego powtórnego zakażenia, odpowiadają bowiem wszystkim wymaganiom stawianym dla pewnego rozpoznania nowego zakażenia. W piśmiennictwie dotyczącym tego zagadnienia—znajduje się wiele opisów niewątpliwych powtórnych zakażeń — które są sprawdzianami możliwości zupełnego wyleczenia kiły. Znane są nam również także inne dowody wyleczalności kiły, chociaż niekiedy i one budzić mogą pewne zastrzeżenia.

Badanie kliniczne uwzględniające przede wszystkim zachowanie się gruczołów chłonnych w pewnych okresach kiły, nie jest dowodem przekonywującym w razie ujemnego wyniku, krętki blade mogą bowiem żyć w ustroju w bliznach po zmianach pierwotnych lub w narządach niedostępnych naszym metodom badania. Również i kryteria serologiczne, o czym wspominałem, nie są zupełnie pewne — bo tylko w 80% stwierdzamy dodatnie odczyny serologiczne w okresach wczesnej kiły utajonej, a tylko w 40% w późniejszych okresach, nie mówiąc już o tym, że w przypadkach odosobnionych zmian drugorzędnych, a przede wszystkim trzeciorzędnych jawnych, odczyny serologiczne mogą być ujemne.

Reaktywowanie odczynów serologicznych polegające na rozbudzeniu czynności ogniska ukrytego, na razie bezczynnego, nawet przy zastosowaniu nowych metod badania, nie zawsze prowadzi do celów — a może być nawet zjawiskiem dla ustroju chorego niekorzystnym. Pojawiające się bowiem dodatnie odczyny, po zabiegach rozbudzających mogą utrzymywać się mimo leczenia — jako uporczywie dodatnie.

Odczyny naskórne i wśródskórne — wykonywane nawet najczulszymi wywoływaczami (luetynami), pojawiają się tylko w pewnych okresach kiły i to przede wszystkim jawnej, toteż nie cieszą się jeszcze pełnią praw obywatelskich.

Kryterium zakaźności, polegające na przeszczepianiu tkanek a przede wszystkim gruczołów chłonnych chorego ustroju na zwierzęta, oddaje dobre usługi w kile doświadczalnej, jednak zastosowanie tych badań dla stwierdzenia wyleczenia kiły u człowieka nie posiada zbyt wielkiej wartości — nie możemy bowiem przeszczepiać części tych narządów, w których najczęściej ukrywają się krótki blade.

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, niezbędne w okresie kończenia leczenia, poucza nas o stosunkach

w jednym tylko narządzie, a nie poucza nas o sprawach rozgrywających się równocześnie w innych narządach wewnętrznych.

Mimo tych licznych metod — nie posiadamy nadal pewności stwierdzenia wyleczenia kiły, ujemne bowiem wyniki bynajmniej nie potwierdzają wygaśnięcia zakażenia. A jednak nie powinny nas nastrajać pesymistycznie, nieudałe bowiem przypadki wyleczenia prędzej czy później nie ujdą uwagi badającego lekarza. Zapewne, te nieudałe wyniki lecznicze mogą pozostawiać pod znakiem zapytania nasze metody wyleczenia, ale przecież tylu innych chorych zostało wyleczonych i za takich uznanych przez nasze sposoby badań. A gdzież są ci inni, liczni wyleczeni chorzy, o których wyleczeniu nie dowiemy się, bo nigdy nie zgłoszą się do nas, czując się i będąc zupełnie zdrowymi, — posiadając również zdrowe rodziny. O tych nie myślimy, wykluczamy ich z naszych rozważań a sądzimy tylko według tych niekorzystnych wyników. Wiemy dobrze, że każde cierpienie zakaźne, a więc także kiła, kształtuje swój przebieg odpowiednio do leczniczych sił ustroju, do jego konstytucjonalnych właściwości, które sprawiają, że w niektórych przypadkach mimo naszych starań nie nastąpi zupełne wyleczenie. Jest to więc wina osobniczych warunków chorego, a nie zależy to od nieudolności naszego leczenia a tymbardziej od naszych metod stwierdzania wyleczenia.

A teraz należało by odpowiedzieć na jedno jeszcze pytanie a raczej zarzut. Czy my dziś nie leczymy przypadkiem gorzej niż dawniej? Nie brak jest bowiem i takich pesymistycznych głosów. Zdaniem niektórych lekarzy — leczenie nasze miałoby porażać w zarodku tworzenie się naturalnych sił obronnych ustroju zwłaszcza w tych przypadkach, w których podejmujemy je w bardzo wczesnych okresach, przy czym niszczyć tę siłę obronne miałby przede wszystkim arsenobenzol. Tak wnioskując należało by się liczyć z możliwością zwiększania się liczby przypadków różnych późnych schorzeń kiłowych np. układu krwionośnego lub zmian przykiłowych jak porażenia postępującego. Dziś możemy pokusić się o rozwiązanie tego zagadnienia, skoro wybitna większość opowiedziała się za jak najwcześniejszym rozpoczęciem leczenia. Poza tym stosujemy nasze sprzężone leczenie już od lat 35, istnieją więc podstawy wysnuwania wniosków o skuteczności lub błędach naszego leczenia. Aby rozprawiać nad tym zagadnieniem należy rozpatrywać ogłaszane statystyki wyników. Rzecz to niezmiernie trudna aby zebrać prawdziwe dane co do ilości schorzeń narządów wewnętrznych w związku z zakażeniem i samym leczeniem kiły, chorzy bowiem niechętnie poddają się długim i szczegółowym badaniom, każdy bowiem chce jak najszybciej zapomnieć o swym schorzeniu. A jednak statystyki przemawiają korzystne za naszymi sposobami leczenia. Statystyki amerykańskie, kliniki Mayo potwierdzają dawniejsze przypuszczenia, że porażeńcy i chorzy na wiąd rdzenia rekrutują się z chorych kiłowych w ogóle nie leczonych lub leczonych zbyt niedokładnie. Statystyki W. Jadassohna, Josa i Vogelsängera, zbierane w 10 lat po zakażeniu, stwierdzają, że w przypadkach kończących się śmiercią, przyczyną zgonu była kiła nieleczona lub bardzo niedostatecznie leczona. Nawroty stwierdzano przede wszystkim u źle leczonych (Tommasi). Cole, Moore, Stokes i współpracownicy podnoszą, że w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej — na zgłaszających się pół miliona chorych w okresie kiły utajonej, w 50.000 a więc w 10% stwierdzono zmiany w narządzie krążenia, przy czym znamiennym był fakt, że w 69% spośród tych chorych z wadami krążenia nie stosowano w ogóle uprzednio leczenia przeciwkiłowego. Wśród chorych dotkniętych tętniakiem tętnicy głównej było nawet 84% zupełnie nie leczonych. W przypadkach tych zastosowane następowe leczenie spowodowało wyraźną poprawę i przedłużyło im życie. T. Parsem oblicza, że 10—12% wszystkich schorzeń serca wśród mieszkańców Stanów Zjednoczonych, spowodowane jest kiłą i że odwrotnie na 100 chorych kiłowych przeciętnie u 10-ciu można stwierdzić zmiany w naczyniach krwionośnych lub w sercu, przy czym każdy z tych chorych traci przeciętnie około 22 lat życia.

Liczne statystyki, zwłaszcza amerykańskie stwierdzają, że u osób chorych na kiłę a nie leczonych stwierdza się w 30% zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym, z czego 10% znajduje się w zakładach dla umysłowo chorych z powodu porażenia postępującego. Moje własne zestawienia wykazują w 34% zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym w późniejszych okresach kiły nie leczonych lub zbyt krótko leczonych w dzisiejszym naszym pojęciu, chorych. Nie leczenie więc bywa przyczyną powstawania tych schorzeń, ale przeciwnie, brak leczenia lub leczenie zaniedbane.

Wprawdzie nie możemy dziś z całą stanowczością orzec, co dla pewnych chorych jest najlepszym leczeniem i wystarczającym, to jednak wiemy, że leczenie prowadzone przez dłuższy okres czasu od 2—4 lat, różnymi środkami — prowadzi jednak do celu tj. do wyleczenia. Nie mamy wprawdzie naukowych i zupełnie pewnych sprawdzianów wyleczenia, jednak życie praktyczne i własne doświadczenie poucza nas, że wyleczenie może następować i następuje. Zgadzamy się wszyscy, że będzie ono tym pewniejsze im wcześniej się je rozpocznie i to jako leczenie sprzężone. Nawet Tommasi — wykazujący daleko idącą ostrożność w ocenianiu kryteriów wyleczenia stwierdza, że możemy przyjąć za pewnik, że znaczna liczba kiłowych chorych leczonych dokładnie, obserwowanych przez długie lata, nie wykazuje żadnych, dających się stwierdzić współczesnymi naukowymi metodami badań objawów chorobowych, tzn., że ci chorzy musieli być wyleczeni. I na to możemy się zgodzić i słusznie przypuszczać, że w bardzo znacznym odsetku możemy wyleczyć kiłę, jeżeli tylko wszystkie stawiane przez nas postulaty, mogą być spełnione.

Doc. dr ZBIGNIEW OSZAST Kraków

Wartość lecznicza sulfonamidów w rzeżączce*)

Jest już najwyższy czas, aby propozycja, którą Grütz postawił 8 lat temu niedowierzającemu, bo zaskoczonemu niespodzianie znakomitymi wynikami światu wenerologów i która w krótkim czasie wywołała taki przewrót pojęć w naszym lecznictwie wenerologicznym, aby ta propozycja stosowania sulfanilamidów w rzeżączce została skonfrontowana ze zdobyczami i z niepowodzeniami na tym polu. Zbliża się, zapowiadają nam w każdym razie bardzo obiecująco, nowa burza, która może wchłonąć cały nasz dotychczasowy dorobek chemoleczniczy. Słyszymy teraz ciągle, jak roztaczają przed mani miraż nieosiągalnych dotychczas żadnym innym sposobem wyników leczniczych nowego środka, jakim jest penicylina (Giza, Oszacki, Walter, Brück). To musi mocno poruszyć wenerologa, który też rozpatrując całokształt zagadnienia leczenia rzeżączki musi uznać za wskazane, aby zastanowić się nad wartością leczniczą sulfanilamidów, aby, zanim zrobimy krok w przyszłość, zanim pójdziemy nową ścieżką terapii zakażeń — podsumować to wszystko, co nam ta dziedzina przyniosła, tym bardziej, że źródła urzędowe obliczają liczbę przypadków rzeżączki w tej chwili na setki tysięcy i zapowiadają wprost epidemię chorób wenerycznych (Borkowski).

Zaraz tutaj na początku należy powiedzieć, że do wielu dziedzin, do których obecna wojna wniosła ciężkie zaburzenia — należy także i dziedzina leczenia rzeżączki związkami sulfanilamidowymi. Leczenie to rozpoczęte na szerszą praktyczną skalę w 1937 r. wyglądałoby zapewne dzisiaj po 8 latach stosowania inaczej, gdyby nie 6 lat wojny z jej różnorodnymi szkodliwościami hamującymi. Oczywiście arsenał związków sulfanilamidowych wzrósł w ciągu tego czasu bardzo pokaźnie, ale rozwój metod badawczych i warunki pracy nie odpowiadały nawet w przybliżeniu swą proporcjonalnością temu olbrzymiemu i różnorodnemu materiałowi ludzkiemu, jaki został poddany leczeniu. Gdyby nie fakt, że wojna swą ciężką rękę położyla na wszelkich odcinkach pracy badawczo-leczniczej — leczenie związkami sulfanilamidowymi znajdowałoby się dzisiaj na pewno na innym poziomie.

Ale mimo tych przeszkód, zdobycze nasze są ciągle jeszcze bardzo duże, jak o tym zresztą świadczy duża ilość prac i zestawień statystycznych z wszelkich dziedzin, nie tylko z dziedziny rzeżączki. Niektórzy nawet uważają, że chemolecznictwo rzeżączki osiągnęło już taki punkt, poza którym praktycznie nie możemy się spodziewać żadnych dalszych postępów (Miescher). Od samego początku w leczeniu tym uderza coś nieoczekiwanego i zastanawiającego (Gottron). Przewrót, jaki sulfanilamidy wniosły do leczenia rzeżączki przyrównać chyba można tylko do przewrotu, jaki salwarsan sprowadził w kile. Analogie te nie są jednak tak powierzchowne, jakby się na pierwszy rzut oka wydawało — sięgają one dużo głębiej, jak się o tym jeszcze poniżej przekonamy.

Wysoki początkowo odsetek wyleczeń i nawet jakby zgodność wyników u poszczególnych autorów całego międzynarodowego świata naukowego były istotnie uderzające. Zmiana drogi, którą kierowano się teraz do zwalczania zakażenia otworzyła nieprzewidziane możliwości dla leczenia swoistego. Leczenie można było rozpocząć każdej chwili niezależnie od czasu zachorowania i niezależnie od leczenia miejscowego. Sulfanilamidy dzięki swej rozpuszczalności i dobremu wchłanianiu z przewodu pokarmowego w krótkim czasie nasycały wystarczająco ustrój, skracały czas leczenia w sposób niespotykany dotychczas i zatarły różnicę między ostrymi a chronicznymi przypadkami, jeśli chodzi o czas leczenia, co pociągnęło za sobą tę ważną okoliczność, że powikłania (brak warunków do ascenzji!) w przebiegu rzeżączki zaczęliśmy spotykać coraz rzadziej (10% Loos). Podczas leczenia sprzed ery sulfanilamidowej było nieraz trudnym do rozstrzygnięcia, czy częste powikłania, jak *epididymitis*, *prostatitis*, czy inne nie pozostają właśnie w przyczynowym związku ze sposobem leczenia wstrzykiwaniami docewkowemi. Tego niebezpieczeństwa rozdmuchiwania, czy też roznoszenia zakażenia leczenie sulfanilamidami — i to jest też jego zaletą — nie posiada.

W tem oświetleniu leczenie sulfanilamidami stanowi niewątpliwą zdobycz i kolosalny postęp. Ale natury nie można tak łatwo ujarzmić. Płonące olbrzymim płomieniem ognisko zachwytu dla sulfanilamidów powoli zaczynało płonąć coraz bardziej umiarkowanie w miarę, jak stosowanie tych nowych środków stawało się coraz wszechstronniejsze i jak zaczęły się pojawiać niepowodzenia. A zwłaszcza, jak te niepowodzenia zaczęły się mnożyć.

Pierwsze doniesienia były entuzjastyczne. Uliron (4-(4' aminobenzolsulfonamido) benzol-sulfon-dimethylamid), na który dzisiaj patrzymy tak krytycznie, który np. jako „historyczny“ preparat Gottron wprost zakazuje stosować — ten sam uliron początkowo dawał 70—80% i więcej wyleczeń, a zatem prawie tyle, co i następne, najlepsze połączenia. Pogarszające się wyniki lecznicze i pojawianie się niepożądanych, nieraz wręcz niebezpiecznych objawów ubocznych sprawiły też, że z biegiem czasu przetwory sulfanilamidowe zaczęto niestrudzenie ulepszać, że zaczęto częściowo lub zupełnie podstawiać atomy wodoru w zasadniczo czynnym leczniczo sulfanilamidzie, powiększając niejako jego drobinę najrozmaitszymi grupami, które w końcowym efekcie dały tę rozmaitość dzisiejszych połączeń (pirydyny, tiazole, pyrimidyny) itp. Wszystkie one w swej kolejności jak powstawały, miały rozwijać coraz większe działanie lecznicze.

Spełniły to zadanie na krótką tylko metę. Nawet tiazole, które w wyniku swej lepszej przyswajalności i szybszego nasycania tkanek nie tylko skróciły czas leczenia do dwóch dni, ale skróciły nawet czas kontroli wyleczenia (Schreuss), które nie wprowadzają gonokoków w jakiś podostry stan, maskujący wyleczenie, które początkowo dawały do 95% wyleczeń i które pozwalały ujawnić się nawrotowi już po 3—4 dniach (Schreuss, Lundt, Morschhäuser, Heyn)

* Według wykładu wygłoszonego w Krakowskiem Towarzystwie Lekarskiem dnia 24 października 1945 r.

w związku z szybkim wydalaniem się leku, nawet — powtarzam — te tiazole, mające tyle doniosłych, praktycznych zalet, w miarę gromadzenia się materiału nie zadowalają nas tak, jak to się działo na początku ery sulfanilamidowej. Strzykawki docewkowej nie wolno nam było chować głęboko! Była i nadal od czasu do czasu potrzebna. Cyfry 80—90% wyleczeń po jednej serii nie udaje się przekroczyć; staje się ona też coraz bardziej nie wystarczająca! Seria druga, czy trzecia zaczynają być z biegiem czasu niezbędne — a pewna część chorych rzeżączkowych pozostaje stale niewyleczona. Wszak już rychło Boldt i Zübert, robiąc dokładny i krytyczny przegląd leczonego materiału wprowadzają w tym czasie pojęcie pozornego wyleczenia *(„carrier state")*, będącego wynikiem osłabienia zjadliwości gonokoków pod wpływem sulfanilamidów niedodawkowanych lub niewystarczająco nasycających tkankę („Hohlraumwirkung" Felkego), co zdaje się mieć większe znaczenie, niż charakter poziomu leku we krwi. Od mnożących się przypadków pozornego wyleczenia, rozróżnianego jeszcze jako istotne i nieistotne należy odróżnić a) zwykłe nawroty spontaniczne po jednej serii lub po prowokacji, b) zupełne nawroty po kilku seriach i c) zupełnie zawodzące przypadki tzw. chemooporne, w których gonokoki nie giną zupełnie pod wpływem sulfanilamidów.

Te mnożące się niepowodzenia lecznicze, stale pojawiające się conajmniej 10% chemoopornych przypadków (Borck, Boldt), która to cyfra zaczęła potem niebezpiecznie narastać, a następnie zwykłe nawroty, zaostrzają naszą krytyczną ocenę wyników leczniczych po sulfanilamidach i wysuwają szereg zagadnień, domagających się wyjaśnienia. Ujawniło się paradoksalne, niemniej uderzające zjawisko. Uliron, sądząc po jego pierwszych wynikach — okazuje się być najlepszym sulfonamidem. Wyniki po jego stosowaniu były najlepsze, a wszystkie inne, następne połączenia raczej obniżyły, niż podniosły cyfrę wyleczeń rzeżączki! Wykluczając błędy w dawkowaniu, fałszowanie preparatów, błędy rozpoznawcze i rozciągając czasowo w sposób bardzo rozległy obserwacje, czy gonokoki istotnie zniknęły i czy wyleczenie jest istotne — zaczęliśmy robić ustępstwa. Częściej już — zresztą niektórzy robili to cały czas od samego początku — kombinuje się chemolecznictwo z leczeniem miejscowem, zwłaszcza w przypadkach powikłanych *(ductus paraurethralis, Littreitis* itp.), zmienia się jeden lek na drugi (uliron na albucid = acetylsulfanilamid, cibazol = p-aminobenzolsulfonamidothiazol na albucid — Miescher) łatwo przyswajalny i szybko osiągający poziom we krwi, łącząc go z innym wolniej działającym, modyfikuje się ciągle sposoby podawania leku, z których jedynie zwiększenie dawki w pierwszym dniu ma jeszcze jakieś szanse powodzenia (Vonkennel, Kimming, van Slyke), wzmacnia się działanie leku przez podawanie go per os i dożylnie, czy śródmięśniowo (Vonkennel), stosuje się pomocnicze leczenie przestrajające (Vonkennel, Löhe i Wawersig, Martinez) „postarzające" sztucznie rzeżączkę (Schreuss), wprowadza się do związku wyjściowego nowe kombinacje chemiczne w postaci pierścieni tiazolowych, pyrimidynowych czy innych, które mają wyposażyć te nowe połączenia w nowe zalety, ułatwiające przyswajanie i przyspieszające działanie, wykorzystywano różne stany czynnego przekrwienia np. okres przedmiesiączkowy u kobiet (Vonkennel) itd.

A zatem zaczęto już szukać pomocy. Leczenie pierwotne sulfanilamidami zaczęło już nie wystarczać. Pokazało się, że tak ważna, zdawałoby się, dla efektu końcowego wysokość poziomu leku we krwi (Schreuss, Vonkennel i Korth, Gertler i inni) nie jest taka rozstrzygająca, gdyż niepowodzenia miano przy wysokim poziomie leku we krwi, a wyniki dobre przy bardzo niskim poziomie (Miescher, Bruder, Blaich, Dahlenburg, Dölken, Kühnau, Schreuss i inni). Nawet ujednostajnienie rozpatrywania wyników u poszczególnych autorów, wychodzących z uzgodnionych podstaw odnośnie dawkowania, czasu rozpoczynania leczenia i leczenia pomocniczego, nawet to uzgodnienie po wprowadzeniu nowych połączeń, już nie wystarczało i nie poprawiało wyników. Próby łączenia leczenia rzeżączki według starego sposobu z nowym, istotnie, były owocne, poprawa i wyleczenie występowały szybciej, przypadki oporne na sulfanilamidy leczyły się nieraz gładko i szybko, właśnie pod wpływem następowego leczenia miejscowego wstrzykiwaniami docewkowemi. Ale znowu nie zawsze i nie wszędzie. Odsetkowe wyniki nie były najlepsze. Przy badaniu porównawczym ilości czasu, potrzebnego do wyczerpującego przeprowadzenia leczenia sulfanilamidami — pokazało się, że w istocie nie wiele odbiega on od czasu potrzebnego dawniej do leczenia prostej i niepowikłanej i dobrze się leczącej wstrzykiwaniami docewkowemi *urethritis anterior*. I dlatego też w praktyce musimy się już pogodzić z tymi faktami i stosować nieraz obie metody. jako uzupełniające się i wspierające (Walter).

Oczywiście to nie wyczerpuje zagadnienia, lecz jak wspomniałem powyżej wysuwa szereg problemów, które domagają się wyjaśnienia. Poza trudnościami praktycznemi mamy w tej dziedzinie przecież jeszcze ciągle niewyjaśnione przesłanki teoretyczne. Nawet tak dobry znawca przedmiotu jak Vonkennel przyznaje, że my do dziś dnia nie poznaliśmy dokładnie mechanizmu działania sulfonamidów. Pokazuje się, że owa szeroka, nowa droga nie oszczędziła nam jednak trudności w poznaniu i rozwiązaniu mechanizmu działania tych nowych leków w złożonym stosunku wzajemnym: zarazka, leku i ustroju. Po początkowych pomyślnych wynikach nie tylko *in vitro*, ale przede wszystkim na chorym wyobrażano sobie, że sulfanilamidy działają wielofazowo, że w pierwszej chwili działanie to jest bezpośrednie, ale bakterie rzadko zostają zupełnie zniszczone, a tylko w jakiś sposób zahamowane we wzroście, tak, że stają się podatniejsze na własności żerne leukocytów i histiocytów; czyli sulfanilamidy zwiększają naturalne obronne własności ustroju, ale nie na skutek pobudzenia komórek do wzmożonej obrony, tylko wskutek pierwotnego uszkodzenia gonokoka (jego otoczki — E. Hoffmann) pochłoniętym sulfanilamidem, względnie produktami jego rozkładu w ustroju (Domagk). Różni autorzy (Schlossberger, Schmidt, Hartmann, Heubner, Weizel,

Marshal, Mieschner, Löhe i Brett, Schreuss, E. Hoffamnn, Neufeld i Bär) i różne szkoły (Vonkennel) tłumaczyli to potem rozmaicie, co w sumie stworzyło bardzo złożony i niejasny obraz.

Te zagadnienia możeby były łatwiejsze do rozwiązania, gdybyśmy w rzeżączce nie utykali na każdym kroku z powodu braku bezspornych doświadczeń na zwierzętach, gdybyśmy mogli mieć takie biologiczne testy, jak np. przy zakażeniach streptokokami. Przecież Grütz zdając sobie sprawę, że chemolecznictwo rzeżączki doświadczalnej u zwierząt jest nie we wszystkim do osiągnięcia, zaproponował w 1937 r. Domagkowi wprost podjęcie się doświadczeń klinicznych na materiale ludzkim. Przecie do dziś dnia nie udało nam się na tym polu nic pewnego uzyskać, mimo tylu prób i zachęty wobec postępów immunobiologii. Np. Lentz i Schäfer próbowali kilkadziesiąt szczepów gonokoków przeszczepić na białe myszy i szczury. Bez skutku. Do zakażenia nie przychodziło, a same szczepy nie okazywały żadnych zmian. Tak samo próby obniżenia odporności na gonokoki u tych zwierząt i następowe wprowadzenie dootrzewnowe gonokoków pozostawały również bez echa (Schafer i Walther). Badania rosyjskich lekarzy, którym, opierając się na metodzie Wassermanna i Besredki, miało się udać zakażenie gonokokami śluzówek zwierzęcych, nie zostały potwierdzone przez Schäfera i Walthera, którzy nawet po rozszerzeniu metodyki badania przez dodatkowe uszkadzanie śluzówek gonotoksyną, promieniami Rentgena i nadfioletowymi także mieli wyniki ujemne. Doświadczenia te kontrolował jeszcze Hämel ze swym współpracownikiem Linkiem już w czasie ostatniej wojny i także z wynikiem ujemnym. Autorom tym nie udało się zakazić zwierząt gonokokami ani za pośrednictwem techniki Kuhna i Neufelda, uwzględniającej znaczenie dyspozycji i wpływów świata zewnętrznego (jad błonicy, rycyna), ani techniką Levaditiego i Vaismana (mieszanina mucyny z hodowlą gonokoka), ani nawet sposobem autorów amerykańskich Cohna i Peizera (zawiesina gonokoków w cukrze gronowym i mucynie).

Mimo tych licznych, ciągle szeroko powtarzanych usiłowań zakażenia zwierząt gonokokami — nie udało się tego do dziś dnia bezspornie uskutecznić. Tak samo i doświadczenia Domagka, któremu w pewnym stopniu, po bardzo żmudnych próbach, udały się doświadczenia przez zakażanie dootrzewnowe — nie rozwiązują zagadnienia. Jest ciekawe, że skuteczne leczniczo w tych doświadczeniach sulfonamidowe połączenia akrydynowe — u ludzi zawodziły, a sulfapirydyny i sulfatiasole, w klinice tak przewyższające uliron, tutaj w doświadczeniu na zwierzęciu ustępują ulironowi C = 4- (4' aminobenzolsulfonamido)-benzolsulfonamid. Taka nierównoległość zjawisk, zahamowania wzrostu na pożywkach i brak wyniku leczniczego u zwierząt i ludzi wywołana różnemi innemi jeszcze przyczynami i w związku z tym brak pewnych dowodów biologicznych ogranicza nasze możliwości doświadczalne, co zresztą siłą rzeczy odbija się na naszych praktycznych usiłowaniach leczniczych.

Z tego też powodu, szukając przyczyn wahań leczniczych musimy pamiętać o 2 zasadach chemoleczniczych: 1) sulfanilamidy muszą się w odpowiedniej ilości znaleźć w ognisku, w którym mają zadziałać na bakterie, i 2) normalne czynności odpornościowe muszą być odpowiednio czynne i nie za silnie upośledzone np. wskutek działania jadów bakteryjnych. Mając to na uwadze dochodzimy do wniosku, że niepowodzenia mogą mieć także swoją przyczynę w szczególnych warunkach anatomicznych, otorbionych ogniskach zapalnych gruczołów dodatkowych cewki moczowej, w ogniskach zapalnych przydatków kobiecych, czy w przymaciczu, w utrudnionej resorbcji (Domagk); albo np. leczenie może być rozpoczęte w czasie, kiedy jady sprowadziły już pokaźne zmiany anatomiczne, trudne do leczenia, do których w warunkach doświadczalnych u zwierząt można nie dopuścić itd. Dlatego też np. rzeżączki chemoopornej nie można — zdaje się — tłumaczyć wynikiem li tylko chemolecznictwa, gdyż przecież i przed tym w erze wstrzykiwań docewkowych mieliśmy do czynienia także z takimi przypadkami. Nawroty musimy postarać się wytłumaczyć warunkami indywidualnymi, przy czym pewne przypadki rzeżączki już z góry, pierwotnie, lub w czasie nawrotu zachowują się opornie wobec traktowania ich sulfanilamidami, co częściowo tylko wywołane jest powikłaniami, z trudem lub też zupełnie nie ulegającym chemoleczniczym zabiegom. Cóż bowiem jest takim powikłaniem, o którym trzeba by tutaj pamiętać? Zwykle według zgodności większości, *ductus paraurethralis*, *Littreitis*, *spermatocystitis*, *prostatitis*, *periurethritis*, *strictura urethrae*, *gonorrhoe recti*, *hypospadiasis*. Powstają one wskutek późnego rozpoczęcia leczenia, szczególnej zjadliwości bakteryj lub nieodpowiedniego zachowania się chorego w czasie leczenia. O tych powikłaniach często utajonych, zdradzających się nieraz tylko przyspieszonem opadaniem ciałek czerwonych (Spiethoff, Fischer), należy pamiętać, gdyż w niepowodzeniach leczniczych nie bez znaczenia jest właśnie pewne przeoczenie, płynące stąd, że lekarze mając ułatwione zadanie lecznicze, ograniczające się do podawania tabletek — nie zwracają uwagi na możliwość istnienia takich właśnie utajonych ognisk (zawierają ciała, hamujące działanie sulfanilamidów — Mc Leod, Lockwood i Lynch) i nie badają chorych w tym kierunku. Z tym łączy się także niedopatrzenie konieczności przeprowadzenia dokładnej kontroli po wyleczeniu. Chorzy giną z obserwacji, a przecież nie wolno zapominać, że przy nawrotach gonokoki mogą leżeć niewinnie pomiędzy mnożącymi się w tym czasie nabłonkami (Bott, Krumeich), że wyciek może zniknąć, mocz się może oczyścić, a gonokoki mimo to możemy znaleźć w osadzie (Maerz). W przypadkach takich i podobnych należy się jeszcze ponadto liczyć z wprowadzaniem przez sulfonamidy gonokoka w stan osłabionej zjadliwości, która maskuje wyleczoną rzeżączkę.

Dalej, istnieją wahania w skuteczności działania chemoleczniczego w zależności od pory roku. Otóż osłabienie, czy też zupełne zniesienie działania tych leków jest tutaj, jak przypuszczają Schreuss, Gottron, Löhe i Berndt wywołane zmienionymi warunkami krążenia. A zatem nie oporność gono-

koka wobec leku, tylko zmienione warunki krążenia, tylko zachowanie się krążenia obwodowego i podatność farmakologiczna tego krwiobiegu (Gottron, Dahlenburg), może być przyczyną niepowodzenia leczniczego. Stąd też niektórzy, np. Vonkennel, aby poprawić warunki krążenia przy leczeniu sulfanilamidami wykorzystują — jak już powyżej wspomniano — dla celów leczniczych okres przedmiesiączkowy u kobiet. Nawet leczenie wspierające, przestrajające, zastosowane w takich przypadkach działa nie jako proces biologiczno-odpornościowy, swoisty lub nieswoisty, lecz poprzez zmianę warunków krążenia obwodowego (Gottron).

Że coś tutaj jest na rzeczy z tym krążeniem — na to wskazywałyby, i doświadczenia najświeższe krakowskiej kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego z żołnierzami sowieckimi. Posiadają oni własny środek pirydynowy tzw. sulfidynę, która ich na ogół nie zawodziła. Po wkroczeniu wojsk sowieckich do Krakowa w styczniu 1945, w porze mokrej i chłodnej — cały liczny materiał chorych sowieckich w klinice to były przypadki rzeżączki opornej na leczenie nie tylko sulfidyną sowiecką, ale i tiazolami np. cibazolem, czy ultraseptylem = 2-(p-aminobenzolsulfamido)-4 methylthiazol. Analiza możliwych przyczyn niepowodzenia każe nam tutaj myśleć właśnie o zmienionych warunkach krążenia w związku z porą roku, pociągających za sobą upośledzone krążenie chorych narządów, upośledzone wydalanie produktów zapalnych i mniej sprawną odczynowość histiocytarną. Nie jest wykluczone, że może i nowe warunki klimatyczne, w jakich znaleźli się u nas żołnierze sowieccy, pochodzący nieraz z bardzo dalekich terenów Rosji — posiadają tutaj pewne znaczenie.

Przy tej sposobności należy wspomnieć także o obserwacjach mnożących się nawrotów, zwłaszcza w miesiącach zimowych (listopad—luty 1939—40, 1940—41), które niektórzy tłumaczą niedoborem witaminy C w tej porze (Schreuss). Ponieważ jednak Löhe podając witaminę C nie widział w takich przypadkach poprawy, dlatego w związku z tym nasuwa się raczej pytanie, jak wobec tego leczą się rzeżączki u żołnierzy innych narodowości, wędrujących po Europie i świecie i podlegających działaniu różnych klimatów i rozmaicie odżywianych w czasie ostatniej wojny? Np. żołnierze niemieccy w Rumunii okazywali wyraźny odsetek ujemnych wyników leczniczych w miesiącach zimowych (Hoffmann). Nb. trzeba tutaj pamiętać, że czynnik wrażliwości rasowej odgrywa zdecydowaną rolę podczas leczenia sulfonamidami (Hegler). Zestawienia statystyczne ze szpitali wojskowych i nasze własne doświadczenia nie dają na to jednolitej, zgodnej odpowiedzi, sama ich rozbieżność dowodzi jednak, że problem ten istnieje i wymaga wyjaśnienia.

Temu wszystkiemu, co dotychczas powyżej zostało powiedziane, zebrane i tłumaczone, patronuje teoria, że sulfonamidy nie działają na gonokoki na podobieństwo surowicy antytoksycznej, tylko działają na nie bakteriostatycznie, co pociąga za sobą zmniejszoną produkcję jadów. To bakteriostatyczne działanie, jako wynik upośledzenia procesów przemiany materii bakteryj, natury w pierwszym rzędzie enzymatycznej jest bardzo ważne (Schäfer, Mc Intosh i Whitby, Lockwood, Stamp, Locke, Mellon i Shin), ale nie wyłączne, gdyż ostateczny wynik leczniczy zależy przecież od współdziałania ustroju zakażonego ze wszystkimi jego właściwościami obronnymi (Walter i Boczar), a w szczególności aparatu leuko- i histiocytarnego (Levaditi i Perault, 1941). Oczywiście nie wszyscy to przyjmują i tłumaczeń jest bardzo wiele, zbliżonych jednak mniej lub więcej do tego wyjściowego tłumaczenia.

Nowe światło rzuciły na tę sprawę badania zapoczątkowane przez Stampa (1938), rozwinięte później przez Woodsa i Fildesa, Rubbo, Gillespiego, Kuhna, Lockwooda, Greena, Mc Intosha i Whitbyego. Według tych badań bakteriostatyczne działanie sulfonamidów in vitro można sparaliżować dodatkiem pewnych peptonów, wyciągów z drożdży i z bakteryj, przy czym polega to prawdopodobnie na obecności w wyciągach aromatycznego aminokwasu, tzw. kwasu p-aminobędźwinowego. Antybakteryjne działanie sulfonamidów względnie kwasu sulfanilowego polega tutaj na dziwnym podobieństwie struktury chemicznej tych ciał do kwasu p-aminobędźwinowego (Fildes), działającego w procesach enzymatycznych bakteryj na podobieństwo kofermentu, przy czym podobieństwo to nie sięga jednak tak daleko, aby one mogły działać także jako ciała wzrostowe.

W odniesieniu do rzeżączki Kimmig (1941) znalazł, że ten związek niezbędny bakteriom do wzrostu i identyczny z witaminem H′ (Kuhn) znosi ilościowo działanie wszystkich sulfonamidów przeciwgonokokowych w hodowlach płynnych. Te badania kontrolowano *in vivo*, na ludziach — z wynikiem ujemnym (Löhe i Brett), a zatem odwrotnie i sulfonamidy potrafią wyprzeć działanie tego ciała niezbędnego do anaerobiozy. Najoporniej zachowują się wobec niego tiazole (Strauss) i np. objawów toksycznych po tiazolach nie udało się usunąć podawaniem kwasu p-aminobędźwinowego (Strauss i Finland). Doświadczenie z marfanilem (sól-4-aminomethylsulfonamidu), wykazujące jeszcze dobitniej, że nie wszystkie sulfonamidy w jednakowy sposób są paraliżowane przez kwas p-aminobędźwinowy, podkreślają tylko nasze trudności w wyjaśnianiu działania sulfonamidów w ogóle. Ponieważ jednak to zachowanie się kwasu p-aminobędźwinowego według doświadczeń Domagka jest różne wobec gronkowców, paciorkowców i z drugiej strony gonokoków i meningokoków, jedne hamuje we wzroście, innych nie, względnie w bardzo słabym stopniu — dlatego nasuwa się pytanie, czy ten kwas p-aminobędźwinowy występuje w normalnych warunkach w ludzkim ustroju w takim stężeniu, które może sparaliżować działanie sulfonamidów w przypadku ostrej infekcji, czy też to może wystąpić w określonych patologicznych warunkach, chronicznych stanach zapalnych, beztlenowych zakażeniach itp. Może pewne, nie duże zresztą praktycznie znaczenie, miałyby tutaj peptony i produkty rozpadu bakteryj, gromadzące się w ogniskach zapalnych w przypadkach chronicznych schorzeń. Są znane przypadki niepowodzeń leczniczych rzeżączki, w których w moczu

znajdowano duże ilości ciał antysulfamidowych (Nitti i Palazzioli). Nie jest też wykluczone, iż pobieranie w jedzeniu kwasu p-aminobędźwinowego lub podobnie działających połączeń może się stać przyczyną niepowodzenia leczniczego, zwłaszcza jeśli tych sulfanilamidów podaje się niedużo.

Jak widać z tego, co dotychczas powiedziano nie ma zgodności wyników w doświadczeniach nad działaniem kwasu p-aminobędźwinowego. Doświadczenie pracowniane i praktyka kliniczna kłócą się. Natrafiamy na trudności przy próbach wyjaśnienia.

Dlatego podsumowując wyniki pytamy, dlaczego na początku osiągaliśny pokaźny odsetek wyleczeń po najprostszych związkach ery sulfanilamidowej, a następnie nie wystarczały już najbardziej dogodne połączenia?

I tutaj obok konieczności sporządzenia odpowiedniej statystyki, która dopiero może teraz ujawnić właściwą wartość leczniczą sulfonamidów nasuwałaby się nieodparcie chęć konfrontacji tych dziejów z historią preparatów arsenowych, o których wspomniano na początku. Ehrlichowska *therapia sterilisans magna* z biegiem czasu, po pasażu krętków na tylu ludzkich pokoleniach jest dziś bardziej nieosiągalna i dzisiaj nikt z nas nie pokusiłby się wyleczyć kiłę jednym zastrzykiem salwarsanu. Jak ostatnio podniósł Walter leczenie to jest obecnie seryjne, długie, sprzężone, arsenobenzolowo-bismutowe czy rtęciowe, posługujące się nawet pomocniczo środkami bodźcowymi. Znane są przecież przypadki kiły opornej na leczenie arsenobenzolem, co dało nawet powód do przypuszczeń o istnieniu szczepów krętków bladych uodpornionych na działanie arsenu. Czy można czegoś podobnego dopatrywać się i w zagadnieniu leczenia rzeżączki sulfanilamidami? Czy można przypuścić, że mogą istnieć szczepy gonokoków niewrażliwe na połączenia chemolecznicze? Takie szczepy potraktowane u jednego osobnika nie wystarczająco sulfanilamidami, u innego osobnika stanowić będą szczep odporny na lek, co musi prowadzić do ujemnych wyników leczniczych. Jest ciekawe, że chorzy często od pierwszej chwili są chemooporni, przy czym należy od nich odróżnić tych, którzy już gdzieś byli leczeni niewystarczająco, nieumiejętnie. Tutaj zapewne należą ci, o których mówi Felke i ci, którzy lecząc się sulfanilamidami sami lub też niewystarczająco stali się ofiarami niespodziewanych nawrotów. A zatem w warunkach, przynajmniej takich, jak to sobie dzisiaj wyobrażamy, ułatwiających powstanie chemooporności.

W każdym razie te właściwości biologiczne gonokoka (także Schuermann i Schilling), zdają się mieć tutaj bardzo duże znaczenie, a także i niebezpieczne dla ogółu przypadki z osłabioną zjadliwością gonokoków (utajone rzeżączki!) i przypadki nosicieli gonokoków, których źródłem są nieumiejętnie leczone rzeżączki, jak i pochopne stosowanie sulfanilamidów z wszelkich innych powodów oraz spostrzeżenie, że szczepy gonokoków, które stały się opornymi zawierają większą ilość kwasu p-aminobędźwinowego, niż szczepy wyjściowe (Stockinger i Carpenter). Tutaj wreszcie należy także spostrzeżenie, że taki środek, jak uliron, dawał Grützowi znakomite wyniki w pierwszych doniesieniach także i w ostrej rzeżączce. Później już te wyniki nie były tak dobre i poprawiły się znowu po wynalezieniu tiazolów, aby z kolei znowu spaść w cyfrach odsetkowych, które nigdzie na świecie nie mogą osiągnąć tej wysokości, jaką w swych pierwszych doniesieniach uzyskali Löhe i Brett (99%, ale po trzeciej serii), Miescher i inni.

Te wszystkie nasze podejrzenia były i są przedmiotem sporu, który zdaje się rozstrzygać przecież doświadczenie Felkego, potwierdzone świeżo w 1941—2 roku przez Schmidta, Reymanna i Hagermanna, że szczepy gonokoków oporne na leczenie sulfanilamidami u człowieka zachowują się tak samo i na pożywce, że zatem można przyjąć za możliwe przyzwyczajanie się gonokoka do leku. Link, w swej na szeroką skalę zakrojonej pracy, potwierdza także w pewnym stopniu te badania i przyjmuje, że niepowodzenia są wywołane różnie wysoką zdolnością przyswajania leku przez chorych i różnie wielką odpornością gonokoków, która w jednych wypadkach już pierwotnie, z góry istnieje, lub też powstaje wskutek już to przebytego leczenia, bądź raczej jako skutek niewyjaśnionych jeszcze dzisiaj procesów odpornościowych. Dla niektórych szczepów gonokoków ustrój może być za dobrą pożywką, aby sulfonamidy przeszkodziły nawrotowi (Preis). Te i podobne badania (Miescher i Schnetz) nie wyjaśniają może zagadnienia chemooporności, ale pozwalają na wyciągnięcie praktycznego wniosku, że obecnie chemolecznictwo doprowadziło do tego, iż znikną szczepy wrażliwe, a wzrośnie liczba opornych. A z drugiej strony i to, że z określenia stopnia chemooporności na pożywce można praktycznie wyciągać wnioski prognostyczne i wskazówki lecznicze (Hagermann i Brück).

Zapewne są jeszcze i inne problemy, jak różnice regionalne we wrażliwości szczepów gonokoków, jak nie dające się przewidzieć zachowanie się wobec sulfonamidów ustroju, który kilka razy uległ zakażeniu gonokokami (Schuermann), niektóre może się jeszcze wyłonią, ale nie sposób jednym tchem o wszystkich mówić. Sprowadzają się one wszystkie do braku zgodności pomiędzy zahamowaniami wzrostu *in vitro* i wynikami leczniczymi w doświadczeniu i w klinice. Powody tego, jak widzieliśmy mogą być różne i różnie tłumaczone. Tutaj chodziło o to, aby na tle współpracy środka chemoleczniczego z ustrojem w walce z gonokokami zrobić narazie próbę zestawienia naszych korzyści i braków. Może ujemne strony tego leczenia wysunęły się mimo woli na pierwszy plan, skoro nie spełniło ono we wszystkim starej chemoterapeutycznej maksymy Ehrlichowskiej, ale to przecież mimo tych i innych zastrzeżeń nie osłabia pozatym wartości tych leków. Niosą one takie znane i uznane powszechnie korzyści, jak skrócenie czasu leczenia, zapobieganie powikłaniom i niepłodności następowej, czynią leczenie prostym i niekłopotliwym dla chorego, nie przeszkadzają w pracy, rozwiązują ręce przy leczeniu *vulvovaginitis infantum* itp. Nie obniżając wartości tych korzyści właśnie na tem tle szukamy drogi, aby leczenie to było jeszcze lepsze, aby droga jaka do tego wiedzie była najbezpieczniejsza i abyśmy poznali wreszcie mechanizm tego działania.

I jak widać — tak wyglądałyby blaski i cienie leczenia sulfanilamidami na terenie wenerologicznym. Jest oczywistym, że bez tych środków nie możemy wyobrazić sobie dzisiaj leczenia rzeżączki. Minęły bezpowrotnie czasy, kiedy tak często praktyka życiowa narzucała nam słynne, aktualizujące się zawołanie Ricorda: „Une chaudepisse commence — Dieu sait, quand elle finira". Tak, to minęło. Zrobiliśmy olbrzymi skok, ale chcemy dla naszych chorych więcej. I dlatego niestety musimy pogodzić się z faktem, że chemolecznictwo doustne nie może być leczeniem wyłącznem. Wielu naszych chorych nie wie jak wygląda strzykawka rzeżączkowa, ale wenerolog musi o tym pamiętać, a zapomnieć natomiast o złotym śnie, który swego czasu wprawił go w taki zachwyt możliwością wyleczenia rzeżączki w ciągu jednego dnia (Miescher, ostatnio Hamann!).

Nie uda się zrealizować śmiałego planu Mayra totalnej walki z gonokokami, mającej polegać na tym, aby po wojnie w pewnym momencie podać ludności całej Europy lek i w ten sposób pozbyć się rzeżączki raz na zawsze. Na to jeszcze za wcześnie. Jest to niemożliwe z powodu trudności organizacyjnych, oporu ludności i choćby z uwagi na możliwości ciężkich ubocznych objawów tiasolów przez ich wykrystalizowywanie się i mechaniczne uszkadzanie w czasie wydalania z ustroju, a przede wszystkim z tego powodu, że nie ma dzisiaj chyba człowieka, który by z tego czy innego powodu nie zażywał sulfanilamidów. Zdaje się, że kart chemolecznictwa rzeżączki nie można zamknąć. Wyniki są rozmaite. Na to zgadzamy się wszyscy, ale właśnie też dlatego szukamy drogi, aby nie było tych różnic, abyśmy wyniki mieli jednakowe, abyśmy poznali przyczynę tych różnic, czyli, aby nas lek nie zawodził. Nie chcemy 100%. Tego nie uzyskamy, ale chcemy aby odsetek dobrych wyników nie spadał tak szybko jak to się ostatnio dzieje. A przede wszystkim uważamy, że już czas najwyższy, aby po tylu latach stosowania tak znakomitych leków — zmniejszyła się wreszcie cyfra zachorowań na rzeżączkę. Mam wrażenie, że nie zostały już wyczerpane wszystkie możliwości, że nie powiedziano jeszcze wszystkiego. A pozatym trzeba jeszcze i o tym pamiętać, że jeszcze nie wiemy, czy z penicyliną nie będzie po kilku latach tak samo? Czy po oklaskach entuzjazmu nie nastąpi umiarkowanie, a potem chłód krytyczny? Jedno jest pewne, to nowe, zbliżające się, obiecujące wiele leczenie nie wyprze sulfanilamidów. Te są zbyt wartościowym lekiem.

A zresztą, najbliższy czas pokaże jaki wynik przybierze współzawodnictwo tych dwóch środków w leczeniu rzeżączki.

Dr med. JERZY LEBIODA Kraków

Penicylina w leczeniu rzeżączki

Z Kliniki Dermatologicznej U. J. Dyrektor: Prof. Dr Franciszek Walter.

I

W ostatnich latach przedwojennych chemioterapia, wprowadzając do lecznictwa sulfanilamidy (Klarer-Mietsch 1932, Domagk 1935), święciła swój nowy wielki sukces i zajęła pierwsze miejsce w walce z chorobami wywołanymi przez drobnoustroje grupy ziarenkowców. Sulfanilamidy ulegając coraz to nowym modyfikacjom, które z jednej strony zmniejszały ich toksyczność dla ustroju, a z drugiej zwiększały ich siłę bakteriobójczą, stawały się coraz to doskonalszą bronią w rękach lekarza. Walka o byt jest twarda i bezlitosna. Zdawało się w pewnych fazach tej walki, że niektóre schorzenia znikną na skutek stosowanych leków i nadzwyczaj szybkiego niszczenia bakteryj. Ale widocznie i organizm bakteryj pracował wytrwale. Praca ta przyniosła pewnym szczepom bakteryj odporność na sulfanilamidy. Coraz częściej musimy stwierdzić, że stosowanie sulfanilamidów nie przynosi oczekiwanego rezultatu. Ponosimy więc porażki na drodze chemioterapeutycznej. Odnosi się to tylko do pewnego odsetka przypadków, ale jest to dla nas ostrzeżeniem, że wielkość ta może w dalszym ciągu wzrastać i że należałoby wyjaśnić przyczyny tego zjawiska, jak też zapobiec dalszemu wzrastaniu, gdyż możemy znaleźć się w położeniu odwrotnym, że tylko nieznaczny procent pewnych schorzeń podanych na leczenie sulfanilamidami, będziemy w stanie wyleczyć, a większość przypadków będzie na nie oporna.

Mechanizm bakteriobójczego działania związków sulfanilamidowych początkowo nie był znany przy wprowazaniu ich do lecznictwa. Dopiero niedawno stwierdzono, że podstawowym czynnikiem wzrostowym dla mikroorganizmów jest kwas paraaminobędźwinowy, a jego antagonistą jest kwas sulfanilowy, powstający w ustroju z dostarczanych mu związków sulfanilamidowych i wypierający wyżej wspomnianą witaminę. Bakterie pozbawione jednego z zasadniczych czynników życiowych przestają się dzielić i mnożyć. Przestają też być tak groźne dla ustroju atakowanego, jak do chwili wystąpienia tego nowego czynnika, przychodzącego z wybitną pomocą ustrojowi. Przy wszelkim bowiem zakażeniu groźnym zjawiskiem jest nie sama jadowitość poszczególnych bakteryj, lecz dopiero połączenie tej jadowitości z szybkością rozmnażania się. Wtedy bowiem siły obronne ustroju mogą nie podołać w walce z narastającym nieprzyjacielem. W przypadku zaś, gdy bakterie nie dzielą się i nie mnożą, są więc niejako sparaliżowane i przygotowane do pożarcia (pewna analogia działania do opsonin Wrighta) — leukocyty łatwo dają sobie z nimi radę — wchłaniając je, unieszkodliwiają i ostatecznie ustrój odnosi zwycięstwo. Nie mniej ciekawe zjawiska życiowe obserwujemy w świecie drobnoustrojów między różnymi gatunkami mikroorganizmów.

Wiemy, że współżycie czyli symbioza bakterii wywiera wielki wpływ na ich rozmnażanie się, jak również i na zjadliwość bakteryj chorobotwórczych. W pewnych bowiem przypadkach współżycie bakteryj jednego gatunku z bakteriami drugiego uła-

twia i wzmaga ich rozwój, w innych zaś przypadkach współżycie bakteryj dwóch różnych gatunków jest niemożliwe, gdyż jeden gatunek wypiera drugi. Zjawisko to niszczenia jednych mikroorganizmów przez drugie zaobserwowali już Pasteur i Joubert w roku 1877 i nazwali je antybiozą. Wynikało z tego, że pewne szczepy bakteryj, tocząc walkę o byt z innymi bakteriami, potrafiły wytworzyć ciała hamujące wzrost rywali. Ciała te nazwano antybiotykami i należy zaliczyć do nich pyocyanazę, odkrytą już w roku 1899 przez Emmericha i Loewa. Jest ona ciałem wydzielanym przez prątka ropy błękitnej *(bac. pyocyaneus)* i powstrzymuje na pożywce rozwój ziarenkowców ropotwórczych i innych. W roku 1929 profesor bakteriologii A. Fleming, uczeń Wrighta z londyńskiego szpitala S. Mary, spostrzegł, że rozwój gronkowców na pożywkach ulega zahamowaniu tam, gdzie jako zanieczyszczenie pojawia się pleśń *penicillium notatum*. To spostrzeżenie skłoniło Fleminga do podjęcia wspólnie z Clutterbuck'iem, Lovellem i Raistrick'iem prac nad wyosobnieniem ciała wytwarzanego przez pleśń, a nazwanego penicyliną. Badacze ci nie zdołali wydobyć czystej penicyliny z bulionu, w którym hodowano grzybnię pleśni i doszli do przekonania, że jest ona ciałem bardzo nietrwałym, którego nie uda się uzyskać w stanie nadającym się do stosowania w medycynie, wobec czego ogłosili swe wyniki i zaniechali dalszych prac. W sześć lat potem prof. Florey z Oxfordu wraz z drem Chain'em podjęli systematyczne badania nad różnymi substancjami antybiotycznymi, zwłaszcza nad pyocyanazą i penicyliną. Dopiero w roku 1941 uzyskali trwałą substancję zawierającą 10—20% penicyliny, nadającą się już do badań klinicznych. Badania te wykazały, że penicylina nie jest środkiem bakteriobójczym, że nie uszkadza białych ciałek krwi, ani żadnych tkanek. Penicylina jest środkiem bakteriostatycznym, nie zabija bakteryj, ale skutecznie hamuje ich rozwój, porażając zarówno rozmnażanie się przez podział jak tworzenie spor. Ponieważ zaś żywotność ciałek białych nie doznaje uszczerbku, przeto mogą one łatwo niszczyć „obezwładnione bakterie". Siła działania penicyliny jest olbrzymia — działa bowiem na streptokoki jeszcze w rozcieńczeniu 1 na 250 milionów. Penicylina działa skutecznie przede wszystkim na bakterie gramdodatnie, jak stafilokoki, streptokoki, bac. pyogenes, pneumokoki, na grupę beztlenowców, na wąglika — a ponadto z gramujemnych na meningokoki i gonokoki. Co więcej — penicylina działa w tych przypadkach, gdzie mamy do czynienia z opornością na sulfanilamidy. Otrzymaliśmy więc nowy środek, który pozwala nam działać w przypadkach, w których zawiodły sulfanilamidy. Możnaby więc na wstępie wnosić, że działanie tych dwóch środków ma różny punkt zaczepienia.

II

Badania nad działaniem penicyliny w medycynie zagranicą są prowadzone od 3-ch lat i zdołano tam zebrać już liczne spostrzeżenia i osiągnąć znaczne doświadczenie. Do nas penicylina dotarła przed dwoma miesiącami, a literatura jeszcze później. Gdy Ministerstwo Zdrowia przydzieliło Klinice Dermatologicznej U. J. we wrześniu b. r. penicylinę, nie mieliśmy jeszcze żadnej literatury. Rozpoczęliśmy jednak badania, ponieważ termin ważności penicyliny był niezbyt odległy, a ponadto mieliśmy szereg chorych rzeżączkowych sulfanilamidoopornych, którzy znakomicie nadawali się do wypróbowania leczniczego działania penicyliny u nas. Oczywiście dla kontroli przeprowadziliśmy również leczenie w przypadkach rzeżączki nieleczonej w ogóle. Chodziło nam przede wszystkim o stwierdzenie działania dostarczonej penicyliny, ponieważ odbyła ona długą drogę morską, a później lądową w różnych zresztą warunkach, a na każdej buteleczce znajduje się przestroga, że należy przechowywać ją w temperaturze poniżej 10° C, co nie zawsze musiało być przestrzegane. Staraliśmy się też ustalić dawki optymalne dla naszych chorych, którzy przecież, jak i cała ludność, znajdowali się i znajdują w innych warunkach, aniżeli ludzie na Zachodzie. Wiemy dobrze jak wielki wpływ na leczenie ma odżywienie i samopoczucie, z tym też związana jest i dawka leku. Z powodu braku literatury stąpaliśmy nieco po omacku, dzięki ostrożności jednak nie popełniliśmy większych błędów.

Otrzymaliśmy do badań „*Penicillin Ben Venue*", produkowaną w Stanach Zjednoczonych w Bedford Ohio, z terminem ważności luty 1946 rok. Jest to sól sodowa penicyliny w postaci żółtego proszku, zbitego w grudki, w buteleczkach wielkości 20 cc, opatrzonych specjalnym korkiem gumowym do przekłucia igłą i wprowadzenia do wnętrza rozpuszczalnika (lepiej jest wprowadzić 2 igły, wówczas powietrze uchodzi przez jedną z nich i zarówno wprowadzanie płynu, jak też pobieranie nie napotyka na trudności). Jako rozpuszczalnika używano fizjologicznego roztworu soli w stosunku 20 cc na 100 tysięcy jednostek oxfordzkich penicyliny, tak że w jednym cc otrzymywano 5 tys. jedn. oxf. Przy tym rozcieńczeniu uzyskuje się płyn pomarańczowy o lekkim zapachu aromatycznym. Ponieważ penicylina ma być bardzo wrażliwa na temperaturę, przechowujemy suchą substancję w lodówce, w temperaturze 2° C. Jeśli jednak idzie o roztwór penicyliny, to ze względów technicznych zdarzało się, że trzymaliśmy go w temperaturze pokojowej, nawet przez okres 24-ch godzin i nie stwierdziliśmy, aby tracił swe własności w tym stopniu, by można było to zauważyć w przebiegu leczenia. Roztwór penicyliny stosowaliśmy jako wstrzykiwania domięśniowe w pośladek, w dawkach krańcowych 10 i 35 tysięcy jedn. oxf., przeważnie 15 i 20 jedn. Wstrzykiwania stosowaliśmy co 3 godziny, ponieważ penicylina zostaje bardzo szybko wydalona z ustroju z moczem. U znacznej większości pacjentów wykonano 5 wstrzyknięć a tylko u jednego chorego i u jednej chorej zastosowano jeszcze 6 wstrzyknięcie po upływie 12-u godzin po 5-ym wstrzyknięciu, u kilku zaś kobiet stosowano wszystkiego tylko 4 wstrzyknięcia. W ostatnich kilku przypadkach przeprowadziliśmy wstrzykiwania co 2 godziny. Chorzy na ogół znosili dobrze wszystkie injekcje; niektórzy skarżyli się na ból miejscowy, który przeważnie utrzymywał się kilka minut po zastrzyku. W trzech przypadkach pacjenci zemdleli po pierwszym wstrzyknięciu, ponadto w kilku były skargi na osłabienie. Innych objawów ubocznych nie obserwowaliśmy. W dniu, w którym przeprowadzano leczenie penicyliną, zalecano pacjentom skromne pożywienie, ograniczenie płynów i palenia, wychodząc z założenia, że lepiej jest nie obciążać ustroju pracą trawienną przewodu pokarmowego i nie dostarczać ustrojowi witamin potrzebnych do życia bakteryj.

Otrzymaną penicyliną leczyliśmy dotychczas 54 przypadki rzeżączki, z czego 42 mężczyzn i 12 kobiet. Od razu podamy, że 3-ch przypadków rzeżączki nie powiodło nam się wyleczyć penicyliną w pierwszym leczeniu, a to 2-ch mężczyzn i jednej dziewczynki 7-letniej. Leczone przypadki omówimy grupami; szczegółowsze dane dotyczące rozpoznania, czasu trwania choroby jak i poprzedniego leczenia

TABELA I

Dane dotyczące mężczyzn leczonych penicyliną

L. p.	Nazwisko	Wiek	Czas trwania choroby	Rozpoznanie	Dotychczasowe leczenie	Dawkowanie penicyliny	Czas obserwacji	Uwagi
1	M. J.	35	8 tyg.	Urethritis gnc. tot. Epididymitis et funiculitis. Prostat. follicularis	Cibasol, globucid, neouliron — szczepionki Janety	100 tys. jedn. co 3 godz. po 20 tys. jedn.	6 tyg.	sin.
2	G. L.	35	4 „	„	leczenie miejscowe — szczepionki	„	3 „	dextr.
3	W. J.	35	5 „	Urethritis gnc. tot. Prostatitis parenchymatosa	2 tury lecz. 60 tabl. i lecz. miejsc.	„		Wystąpienie zapalenia najądrza praw. i nawrót 3 dnia
4	K. Cz.	25	4 „	„	2 tury leczenia cibasolem razem 70 tabl. zastrzyki dom. mleka	„	3 „	
5	S. J.	23	6 „	Urethritis gnc. tot. Prostatitis foll. Vesiculitis dext. Azoospermia	leczenie miejscowe	80 tys. jedn. co 3 godz. 20, 15, 10, 15, 20	5 „	
6	Mg. S. J.	35	8 „	Urethrit. gnc. tot. Epididymitis sin.	4 tury lecz. cibasol, Sulfathiazol, Euvernil—szczepionki lecz. miejsc.	70 tys. jedn. co 3 godz. 20, 15, 15, 10, 10	4 „	
7	D. S.	26	4 „	„	1 tura szczepionki lecz. miejsc.	100 tys. jedn. co 3 godz. po 20 tys. jedn.	3 „	
8	M. A.	40	8 „	„	3 tury leczenia Cibasolem szczep. Janety	75 tys. jedn. co 2 godz. 20, 15, 10, 15, 15	4 „	
9	K. A.	26	4 „	Urethritis gnc. tot. Prostatitis foll.	2 tury lecz. Cibasol-Sulfapirydyna lecz. miejscowe	100 tys. jedn. co 3 godz. po 20 tys. jedn.	3 „	
10	M. J.	23	3 „	„	4 tury lecz. Cibasol, Eleudron neouliron, cibasol (120 tabl.)	75 tys. jedn. co 3 godz. po 15 tys. jedn.	2 „	
11	F. W.	34	6 „	„	3 tury lecz. cibasolem (120 tabl.) Janety	„	2 „	
12	R. S.	24	16 „	Urethrit. gon. tot. et gonorrhoea ductus paraurethralis	3 tury lecz. cibasolem	„	2 „	
13	K. F.	37	7 „	„	2 tury lecz. Sulfathiazolem (60 tabl).	„	3 „	
14	Ch. L.	18	6 „	Gonorrhoea ductus paraurethralis	2 tury lecz. cibasolem (70 tabl.)	85 tys. jedn. co 3 godz. 20, 15, 15, 15, 20 tys. jed.	3 „	
15	O. L.	28	12 „	Urethritis gon. totalis	3 tury lecz. cibasolem, sulfidyna, lecz. miejscowe — szczep. mleko	75 tys. jedn. co 3 godz. po 15 tys. jedn.	2 „	
16	K. S.	40	12 „	„	2 tury lecz. cibasol, lecz. miejsc.	„	3 „	
17	N. G.	32	8 „	„	3 tury lecz. Sulfidyna (100 tabl.) leczenie miejscowe	„	2 „	
18	D. S.	25	8 „	„	2 tury lecz. cibasol (80 tabl.) lecz. miejscowe — szczepionki	„	2 „	
19	P. K.	25	8 „	„	3 tury lecz. cibasol (80 tabl.) lecz. miejscowe — szczepionki	„	2 „	
20	O. S.	34	14 „	„	1 tura lecz. Sulfathiazol (20tabl.)	„	2 „	w czasie lecz. sulfathiazolem żółtaczka
21	G. H.	35	8 „	„	2 tury lecz. cibasol (80 tabl.).	„	2 „	
22	S. E.	25	8 „	„	3 tury lecz. cibasol	75 tys. jedn. co 2 godz. po 20, 15, 10, 15, 15	2 „	
23	A. R.	27	12 „	„	2 tury lecz. cibasol. sulfathiazol (70 tabl.)	„	2 „	
24	Rz. S.	26	8 „	„	„	„	1 „	
25	W. K.	20	12 „	„	3 tury lecz. cibasol lecz. miejscowe szczepionki	„	1 „	
26	M. W.	25	7 „	„	2 tury lecz. cibasol, sulfathiazol szczepionki	„	1 „	
27	M. S.	29	8 „	„	1 tura lecz. cibasol	60 tys. jedn. co 2 godz po 20, 10, 10, 10, 10	1 „	
28	S. S.	25	2 „	„	2 tury lecz. cibasol (40 tabl.	65 tys. jedn. co 3 godz. po 20, 15, 10, 10, 10	2 „ 2 „	
29	K. H.	35	8 „	Urethritis gonorrhoica anterior	2 tury leczenia cibasol 60 tabl. leczenie miejscowe	75 tys. jedn. co 3 godz. po 15 tys. jedn.	2 „	
30	Cz. S.	42	3 „	„	2 tury leczenia cibasol 40 tabl. leczenie miejscowe	„	2 „	

L. p.	Nazwisko	Wiek	Czas trwania choroby	Rozpoznanie	Dotychczasowe leczenie	Dawkowanie penicyliny	Czas obserwacji	Uwagi
31	K. J.	25	8 tyg.	Urethritis gonorrhoica anterior	2 tury leczenia cibasol	75 tys. jedn. co 2 godz. po 15 tys. jedn.	2 tyg.	
32	P. R.	20	3 „	„	1 tura leczenia Cibasol Lecz. miej.	„	2 „	
33	H. R.	33	3 „	„	3 tury leczenia Cibasol	„	2 „	
34	Z. Z.	33	4 „	„	3 tury leczenia Cibasol	80 tys. jedn. co 3 godz. po 20, 15, 15, 15, 15	2 „	
35	Z. S.	35	2 „	„	1 tura leczenia Cibasol 40 tabl.	„	3 „	
36	N. D.	45	8 „	„	2 tury lecz. Cibasol szczepionki leczenie-miejscowe	100 tys. jedn. co 3 godz. po 20 tys. jedn.	2 „	
37	M. F.	41	3 „	„	1 tura leczenia Cibasol 30 tabl.	60 tys. jedn. co 3 godz. po 20, 10, 10, 10, 10	2 „	
38	M. B.	37	1 „	„	żadne	80 tys. jedn. co 3 godz. po 20, 15, 15, 15, 15	2 „	Badano nasienie przed i po leczeniu
39	D. J.	38	3 „	„	„	75 tys. jedn. co 3 godz. po 15 tys. jedn.	2 „	
40	L. H.	23	1 „	„	„	105 tys. jedn. co 3 godz. 20, 15, 15, 15, 20 po 12 godz. 20 tys. jedn.	3* „	Badano nasienie przed i po leczeniu
41	O. S.	39	2 dni	„	„	85 tys. jedn. co 3 godz. 20, 15, 15, 15, 20	1 „	nawrót, dalsze leczenie sulfathiazolem
42	T. W.	30	5 dni	„ Hypospadiasis	„	„		

TABELA II

Dane dotyczące kobiet leczonych penicyliną *)

L. p.	Nazwisko	Wiek	Czas trwania choroby	Rozpoznanie	Dotychczasowe leczenie	Dawkowanie penicyliny	Czas obserwacji	Uwagi
1	K. S.	7	2 tyg.	Vulvovaginitis gnc.	żadne	8 tys. jedn. co 3 godz. 5 razy	7 dni	nawrót
	„	7	3 „	„ „	bezskuteczne stosowanie penicyliny 40 tys. jedn.	16 tys. jedn. co 3 godz. 5 razy	4 tyg.	
2	N. M.	22	10 „	Cervicitis, endometritis gnc. Metrorrhagia	4 tury sulfanilamidowe, Cibasol, Sulfathiazol, Euvernil	20, 20, 15, 15, 15 tys. jedn.	4 „	
3	Śl. A.	23	11 „	Urethritis, cervicitis, Bartholinitis ambil. gnc. Gravida VII m. l.	4 tury sulfanilamidowe, Cibasol, Sulfathiazol, Irgafen, Eleudron, leczenie miejscowe	20×4 i 35, co 3 godz. i po 12 godz. jeszcze 30 tys. jedn.	„	
4	W. S.	33	4 „	Urethritis et polyarthritis gnc. Gravida VII m. l.	preparaty salicylowe	10 tys. jedn. dożylnie i 4 razy dnia po 18 tys. jedn. dom. przez 4 dni	trwa nadal	10 tabl. sulfathiazolu dziennie przez 3 dni
5	M. F.	32	8 „	Urethritis, cervicitis, proctitis gnc.	3 tury sulfathiazolowe	20 tys. jedn. 4 razy co 3 godz.	3 tyg.	
6	W. G.	35	8 „	Urethritis et cervicitis gnc. Lues latens serpositiva	2 tury cibasolowe	„	3 „	równoczesne leczenie Bi i NS
7	S. K.	41	8 „	Urethritis et cervicitis gnc. Lues II malulosa recens.	„	„	2 „	„
8	Z. K.	25	16 „	Urethritis et cervicitis gnc.	„	20 tys. jedn. 5 razy co 3 godz.	3 „	
9	B. G.	24	niewiadomy	„	żadne	20, 15, 15, 15, 15 tys. jedn.	2 „	
10	S. K.	23	„	„	„	20 tys. jedn. co 3 godz. 4 razy	2 „	
11	K. Z.	28	„	„	„	20 tys. jedn. co 2 godz. 5 razy	3 „	
12	K. S.	22	2 tyg.	„	„	„	2 „	

*) Część chorych kobiet była leczona przez dra K. Boczara. W zestawieniu tablic współpracował stud. med. Mrozowski Jerzy.

pacjentów, dawkowania penicyliny, oraz inne dane są podane w zamieszczonych tablicach.

Rzeżączka u mężczyzn

Przechodząc do omówienia leczonych przypadków rzeżączki u mężczyzn, dzielimy je na następujące grupy:

1) rzeżączka powikłana,
2) „ cewki przedniej i tylnej,
3) „ cewki przedniej.

1) Rzeżączka powikłana:

W tej grupie mieliśmy 11 przypadków rzeżączki skomplikowanej zapaleniem najądrza i nasieniowodu lub gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych. Spośród tych przypadków 9 było sulfanilamidoopornych. Chorzy ci otrzymywali już poprzednio po kilkadziesiąt tabletek sulfanilamidu w 2-ch, nieraz w 3-ch uderzeniach, ponadto niektórzy spośród nich szczepionki, przepłukiwania miejscowe i inne. Czas trwania choroby od 1—2 miesięcy. U pacjentów tych stosowano penicylinę domięśniowo w 5-u dawkach. Pierwsza dawka wynosiła zawsze 20 tysięcy jednostek, dalsze były mniejsze. W sumie otrzymywali ci pacjenci od 70—100 tys. jednostek. Dla zilustrowania działania penicyliny przedstawimy historię choroby jednego z pacjentów.

Chory S. J., lat 35, kawaler, uległ zakażeniu w lipcu b. r. Lekarz stwierdził rzeżączkę i zalecił Cibazol, którego pacjent zażył 60 tabletek, miejscowo zaś wstrzykiwania roztworu jednego z preparatów srebrowych. Po 2-ch tygodniach leczenia pacjent zgłosił się do nas, gdzie stwierdzono *Urethritis gonorrhoica totalis*, zastosowano Sulfathiazoł 5 gr dziennie i Cibazol w roztworze 5 cc dożylnie przez dni 4. Po krótkotrwałej poprawie w wydzielinie pojawiły się z powrotem gonokoki, wobec czego przystąpiono do leczenia miejscowego. Po upływie 2-ch tygodni zastosowano drugie uderzenie Sulfathiazolem z równoczesnym stosowaniem szczepionek. W dwa dni po skończonym zażywaniu sulfanilamidu wystąpił obrzęk lewego jądra i stwierdzono *Epididymitis sin.* Zalecono leczenie klasyczne, a po 10-u dniach zastosowano 3-cie uderzenie, zmieniając preparat sulfanilamidowy na Euvernil, sądząc, że może poprzednie preparaty nie były dostatecznie pewne, jednak i ten preparat zawiódł. Po zastosowaniu 6-tej z kolei szczepionki, nastąpiła dość znaczna reakcja ze strony najądrza, które powtórnie uległo obrzękowi, a podmiotowo wzmogły się znacznie bóle promieniujące wzdłuż nasieniowodu, który przy badaniu okazał się zgrubiały i tkliwy na ucisk. W tym właśnie okresie zastosowano penicylinę w następujących dawkach: 20, 15, 15, 10, 10 tysięcy jednostek w odstępach 3-godzinnych, w sumie 70 tysięcy jednostek. Już następnego dnia można było stwierdzić dużą różnicę. Gonokoki utrzymujące się do ostatniej chwili znikły, obrzęk najądrza zmniejszył się wybitnie, bolesność również mniejsza, a podmiotowo pacjent czuł się lepiej. Dalsze leczenie pacjenta polegało na stosowaniu kilku szczepionek, kąpieli nasiadowych i nagrzewaniach lampą Sollux. Prowokacja chemiczna, alkoholowa i mechaniczna oraz obserwacja miesięczna wykazały, że proces wygasł całkowicie.

Dla przeciwstawienia muszę omówić tu w tej grupie drugi przypadek jeszcze, który okazał się oporny na leczenie penicyliną.

Pacjent W. J., lat 35, uległ zakażeniu przed 5-u tygodniami. Z polecenia lekarza zażył 60 tabletek, których nazwy nie podaje, następnie wstrzykiwał przepisany przez lekarza płyn do cewki, ostatnio zaś zażywał proszki, po których mocz był niebieski. Od 5-u dni ma parcie bardzo duże na mocz, a od 4-ch dni nie może oddać stolca z powodu znacznych bólów. Stwierdzono: *Urethritis gonorrhoica totalis*, *Prostatitis acuta.* Należy dodać, że gruczoł krokowy był wielkości pomarańczy i że podmiotowo pacjent czuł się bardzo źle, nie spał i całą noc chodził po korytarzu Kliniki. Rozpoczęto leczenie penicyliną i już po pierwszej dawce 20 tysięcy jednostek pacjent położył się spać, po godzinie snu poczuł, że bóle zmniejszyły się tak znacznie, że mógł z towarzyszami sali zasiąść do gry w karty. Pacjent otrzymał 100 tysięcy jednostek i na drugi dzień w wydzielinie z cewki nie stwierdzono gonokoków, a gruczoł krokowy uległ zmniejszeniu i nie był tak bolesny przy obmacywaniu, jak poprzednio, jednakże wieczorem tegoż dnia wystąpił obrzęk prawego jądra i stwierdzono zapalenie najądrza prawego, następnego dnia znaleziono gonokoki w wydzielinie.

Ponieważ był to drugi z kolei przypadek leczony penicyliną, nie podjęliśmy ponownego leczenia tym środkiem, tylko zastosowaliśmy Sulfathiazol doustnie po 5 gr dziennie przez 3 dni i gonokoki zginęły bezpowrotnie. Dalsze leczenie polegało na stosowaniu szczepionek i nagrzewań oraz na masażach gruczołu krokowego. Chory pozostawał miesiąc w naszej obserwacji, opuścił Klinikę jako wyleczony. Przypadek ten jest jeszcze ciekawy z tego powodu, że w czasie leczenia penicyliną wystąpiło dodatkowe powikłanie, tj. zapalenie najądrza.

Przy omawianiu tej grupy należy dodać, że dla porównania zastosowaliśmy leczenie penicyliną w dwóch przypadkach, w których poprzednio nie stosowano sulfanilamidów. W jednym z tych przypadków z rozpoznaniem *Urethritis gonorrhoica totalis*, *Prostatitis*, *Spermatocystitis*, stwierdzono przed przystąpieniem do leczenia azoospermię, która utrzymywała się także po przeprowadzonym leczeniu penicyliną.

Dalszą podgrupę stanowią 3 przypadki rzeżączki cewki, powikłanej zakażeniem przewodów dookoła-cewkowych. Wszystkie te przypadki były poprzednio leczone preparatami sulfanilamidowymi, a choroba utrzymywała się od 6-u tygodni do 4-ch miesięcy. W 2-ch przypadkach stwierdziliśmy rzeżączkę zarówno cewki, jak i przewodu, w jednym zaś tylko samego przewodu, mającego ujście w pobliżu lewej wargi cewki moczowej. Przewód ten nie miał połączenia z cewką, a długość jego wynosiła około 3 mm. Przypadek ten opisuję dokładniej dlatego, że pragnąc stwierdzić zmiany morfologiczne w gonokokach, jakie zachodzą pod wpływem leczenia penicyliną, właśnie z tego przewodu pobieraliśmy materiał w pierwszej godzinie co 15 minut, a w następnych 2-ch — co pół godziny. Przypadek ten jest jeszcze o tyle ciekawy, ponieważ można na nim wykazać, że Cibazol działał doskonale na zakażenie

cewki moczowej i spowodował zniknięcie z niej gonokoków, natomiast nie działał na gonokoki żyjące w przewodzie dodatkowym.

2) Rzeżączka cewki przedniej i tylnej.

W tej grupie mieliśmy 14 przypadków. U wszystkich tych chorych stosowano poprzednio leczenie sulfanilamidami. Długość trwania choroby wynosiła od 4-ch tygodni do 4-ch miesięcy. Stosowano penicylinę w ogólnej dawce od 60—75 tysięcy jednostek oxfordzkich. W większości przypadków stosowano 5 wstrzyknięć domięśniowych po 15 tysięcy jednostek. Wszystkie przypadki zostały wyleczone.

3) Rzeżączka cewki przedniej.

W tej grupie również mieliśmy 14 przypadków, w 9-u stosowano poprzednio leczenie sulfanilamidami bezskutecznie, zaś 5 przypadków było leczonych tylko penicyliną. Dawki ogólne, jakie stosowaliśmy w tej grupie, wynosiły od 60—105 tysięcy jednostek oxfordzkich. Tę najwyższą dawkę zastosowano u chorego nieleczonego poprzednio sulfanilamidami, u którego przeprowadzono badanie nasienia zarówno przed, jak i po leczeniu, przy czym należy zaznaczyć, że nie stwierdzono tutaj większych odchyleń. W tej grupie mieliśmy jedno niepowodzenie u chorego, który uległ zakażeniu przed tygodniem i nie był leczony poprzednio sulfanilamidami, tylko od razu penicyliną. Otrzymał on w sumie 85 tysięcy jednostek penicyliny w dawkach 20, 15, 15, 15, 20. U chorego tego stwierdzono oprócz rzeżączki cewki przedniej, nieznacznego stopnia spodziectwo *(hypospadiasis)*. Dalsze leczenie przeprowadzono Sulfathiazolem.

Rzeżączka u kobiet

Jak wyżej wspomniano, leczyliśmy 12 przypadków rzeżączki u kobiet, z tego 8 z rozpoznaniem *Urethritis et cervicitis, gonorrhoica*, przy czym 4 przypadki były sulfanilamidooporne, 4 zaś nieleczone poprzednio wcale. Stosowano u tych 8-u chorych leczenie penicyliną od 80—100 tys. jedn. i osiągnięto wyleczenie. Reszta przypadków wymaga pokrótce omówienia oddzielnego.

Dziewczynka 7-letnia z rozpoznaniem *Vulvovaginitis gonorrhoica*, poprzednio nieleczona, u której zastosowano penicylinę w 5-u dawkach po 8 tys. jedn. domięśniowo, nie została wyleczona tą dawką, gdyż po 7-u dniach stwierdzono ponownie gonokoki. Zastosowano powtórnie penicylinę w dawce podwójnej, w sumie 80 tys. jedn. Obserwacja w toku. Dalszy przypadek to młoda kobieta, u której rozpoznano *Cervicitis, endometritis gonorrhoica, metrorrhagia*. Pacjentka była partnerką chorego S. J., opisanego wyżej i również jak u niego gonokoki wykazywały oporność na leczenie chemioterapeutyczne. W okresie stosowania sulfanilamidów krwawienia maciczne zmniejszały się, by po tych okresach wystąpić na nowo. Gonokoki utrzymywały się bez przerwy mimo 4-krotnego stosowania sulfanilamidów, a krwawień nie hamowały ani preparaty sporyszowe, ani też wapno, stosowane dożylnie. Blisko 2 miesiące trwał ten stan, po czym przystąpiono do leczenia penicyliną i zastosowano 85 tys. jedn. w dawkach 20, 20, 15, 15, 15. Krwawienia ustąpiły natychmiast, gonokoków nie stwierdzano już więcej pomimo prowokacji biologicznej, chemicznej i alkoholowej. Całość obserwacji trwała 4 tygodnie.

Następny przypadek dotyczy chorej Śl. A., lat 23, mężatki w 7-ym miesiącu ciąży. Od 2 i $^1/_2$ miesiąca pozostaje w leczeniu z powodu *Urethritis, cervicitis et Bartholinitis ambilateralis*. Leczenie preparatami sulfanilamidowymi doprowadziło do ustąpienia gonokoków z cewki, szyjki i lewego gruczołu Bartholini'ego, natomiast stale stwierdzało się gonokoki w prawym gruczole Bartholini'ego. Leczenie penicyliną w. ogólnej dawce 145 tys. jedn. doprowadziło do wygaśnięcia sprawy.

Ostatni przypadek z tej grupy dotyczy pacjentki W., lat 33, będącej w 7-ym miesiącu ciąży, u której od 4-ch tygodni wystąpiło zapalenie stawów, początkowo leczone salicylatami, u której jednak stwierdzono *Urethritis gonorrhoica* i zapalenie stawów odniesiono do tego samego czynnika etiologicznego. U chorej tej stwierdzono zajęcie stawów skokowych, kolanowych, ramieniowego prawego i nadgarstkowego prawego, chora nie mogła wykonywać ruchów czynnych ani biernych w tych stawach. W przypadku tym zastosowano leczenie skojarzone penicyliną i Sulfathiazolem. Chora ta otrzymywała codziennie przez 4 dni 10 tys. jedn. oxf. penicyliny dożylnie a 70 tys. w 4-ch dawkach domięśniowo w sumie 360 tys. jedn., ponadto równocześnie przez 3 dni po 10 tabletek dziennie Sulfathiazolu. Wynik tego leczenia był bardzo korzystny. Pacjentka po kilku dniach nie tylko mogła wykonywać ruchy czynne i bierne w stawach, ale wstać z łóżka i przejść się po sali chorych. Ta prawidłowa czynność stawów dostatecznie obrazuje wielkość poprawy, jaka nastąpiła po wyżej zastosowanym leczeniu. Z biegiem czasu następowała dalsza poprawa i opuściła klinikę jako wyleczona.

Przedstawiwszy wyniki kliniczne, jakie osiągnięto przy leczeniu rzeżączki penicyliną, chcę jeszcze omówić zmiany morfotyczne gonokoków, jakie obserwowaliśmy w preparatach pobieranych w pierwszych godzinach leczenia penicyliną.

Jak już wyżej wspomniano, pobieraliśmy w tym celu wydzielinę z przewodu dokołacewkowego, uważając, że nie podlega ona innym wpływom, tak jak to mogło mieć miejsce w cewce moczowej. Jeśli chodzi o kobiety, służyła nam w tym celu wydzielina gruczołu Bartholini'ego. Oczywiście badania przeprowadzaliśmy także na preparatach mikroskopowych z wydzieliny cewki moczowej. Chodziło nam bowiem o ustalenie czasu, w jakim znikają gonokoki w wydzielinie z cewki; w tym celu badaliśmy obraz mikroskopowy po pierwszym wstrzyknięciu penicyliny w 1-ej godzinie co 15 minut, a w następnych 2-ch godzinach co $^1/_2$ godziny, po drugim zaś wstrzyknięciu — co godzinę. Już w pierwszym preparacie, a więc 15 minut po wstrzyknięciu, stwierdza się pewne zmiany. Gonokoki występują w swej klasycznej postaci tak, jakby nastąpiła wśród nich selekcja i pozostały najżywotniejsze, znajdują się głównie śródkomórkowe, Leukocyty pęcznieją, obrysy komórki nie są ostro zaznaczone, otoczka komórkowa miejscami uszkodzona. Jądra w tych leukocytach są również napęczniałe, mniej intensywnie zabarwione. W następnym preparacie widać dalsze zmiany

w leukocytach, barwią się słabiej, brzegi mają nierówne, miejscami jakby poszarpane. Gonokoki, jakkolwiek zachowują układ dwoinkowy, to jednak kształt ich zatraca charakter ziarenek kawy, a zbliża się bardziej do dwóch kuleczek, leżących obok siebie. W dalszym preparacie można było stwierdzić gonokoki różniące się wielkością, jedne mniejsze niż normalne, inne większe, przy czym większe barwią się intensywnie, podczas gdy formy drobniejsze są znacznie słabiej zabarwione. W drugiej godzinie po wstrzyknięciu i po oddawaniu po każdym pobranym preparacie nieco moczu, w wydzielinie stwierdza się oprócz elementów ropnych śluz i znacznie mniej gonokoków. Gonokoki tracą już swój charakterystyczny układ, są one napęczniałe, o obrysach raczej okrągłych, miejscami tworząc pary, przypominające warszawską bułkę, tzw. „parkę". W następnych godzinach ilość gonokoków w preparacie z wydzieliny wybitnie maleje, również i liczba leukocytów ulega zmniejszeniu, natomiast coraz więcej pojawia się śluzu. Gonokoki można spotkać zaledwie co kilka pól, znajdują się częściej śródkomórkowo i występują w formie kuleczek, intensywnie zabarwionych, o obrysach, po których nieraz trudnoby było rozpoznać gonokoka. Najdłużej utrzymywały się gonokoki 6 godzin od chwili pierwszego wstrzyknięcia penicyliny. Pod względem zachowania się wydzieliny chorych mężczyzn da się podzielić na dwie grupy: w pierwszej wydzielina ustępowała bardzo szybko, już na drugi względnie trzeci dzień po leczeniu penicyliną, w drugiej natomiast wydzielina śluzowa utrzymywała się przez okres dłuższy, nawet do 2-ch i więcej tygodni. Te ostatnie przypadki sprawiały pewną trudność w ustaleniu całkowitego wyleczenia, ponieważ w obrazie mikroskopowym stwierdzano ziarenkowce, które budziły podejrzenie, czy nie stanowią jakiejś formy przejściowej gonokoka. Wykonane posiewy, coprawda w nielicznych tylko przypadkach z powodu trudności technicznych, wypadły ujemnie. W rozstrzygnięciu naszych wątpliwości wielką rolę odegrały przypadki, których nie udało nam się wyleczyć penicyliną, albowiem w tych przypadkach w okresie nawrotu gonokoki wystąpiły w formach nie budzących żadnej wątpliwości.

Penicylina okazuje się skutecznym środkiem w leczeniu rzeżączki, skutecznym także w przypadkach sulfanilamidoopornych. Rozważając widoczne różnice działania przeciwbakteryjnego penicyliny i sulfanilamidów, można sądzić, że penicylina działa wielokrotnie silniej, niż sulfanilamidy. Inni badacze podają, że penicylina i sulfanilamidy stosowane łącznie, działają synergistycznie i podnoszą wzajemny efekt swego działania. Są autorzy, którzy przyjmują, że w zależności od koncentracji penicyliny i od innych jeszcze okoliczności, działanie jej może być nie tylko bakteriostatyczne, ale i bakteriobójcze. Penicylina w czasie swego działania na wrażliwe mikroorganizmy nie ulega zużyciu, jednak istnieje cały szereg mniej lub więcej opornych bakteryj, jak np. Bac. coli, które mogą rozkładać neutralny względnie zasadowy roztwór penicyliny. Czynią to zapomocą enzymu zwanego penicylazą, który jest niewątpliwie główną, jeżeli nie jedyną przyczyną odporności niewrażliwych na penicylinę bakteryj. Czy w przypadkach naszych, których nie powiodło nam się wyleczyć rzeżączki penicyliną, mamy właśnie do czynienia z tym czynnikiem, czy też z innymi, okażą dalsze nasze obserwacje i badania, gdyż powyższe uważamy jako doniesienie tymczasowe.

PIŚMIENNICTWO

1. E. Chain: Andere antibakterielle Substanzen aus Bakterien und Pilzen. Brit. med. Bull. 2. 1 (1944) l. c. Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 74 Jahrg. Nr 23 Juni 1944. — 2. E. Chain und H. W. Florey: Die Entdeckung der chemotherapeutischen Eigenschaften des Penicillins Brit. med. Bull. 2. 1 (1944) l. c. Schweiz. Med. Wochschr. 74 Jahrg. Nr 23. — 3. Diskussion über Penicillin (Brit. med. J. 20 Nov. 1943). l. c. Schweiz. Med. Wochschr. 74 Jahrg. Nr 23. — 4. Dziennik Zdrowia R. I. Nr 2 Kronika. — 5. A. Fleming: Die Entdeckung des Penicillins. Brit. med. Bull. 2. 1 (1944) l. c. Schweiz. Med. Wochschr. 74 Jahrg. Nr 23. — 6. A. Fleming: Selektive Kulturen und bakterielle Inhibition durch Penicillin. l. c. Schweiz. Med. Wochschr. 74 Jahrg. Nr 23. — 7. T. Giza: Chemia w służbie medycyny. Przegląd Lekarski Nr 2, 1945. — 8. C. Hallauer: Saprophytäre Mikroorganismen als Spender antimikrobieller Stoffe. Schweiz. Med. Wochschr. 74 Jahrg. Nr 23. — 9. L. W. Harrison: Venereal Diseases. The Practitioner October 1945 vol. 155. — 10. Wallace E. Herrell: Penicillin and other antibiotic agents. WB Saunders Company 1945 Philadelphie and London. — 11. K. Klecki: Patologia ogólna. T. 1. — 12. John A. Kolmer: Penicillin Therapy. Including Tyrothricin and other antibiotic therapy. — 13. Lawrence P. Garrod: Die Eigenschaften und die therapeutischen Wirkungen des Penicillins. Brit. med. Bull. 2—1 (1944) l. c. Schweiz. Med. Wochschr. 74 Jahrg. Nr 23. — 14. G. Rieben: Klinische Ergebnisse der Penicillintherapie. Schweiz. Med. Wochschr. 74 Jahrg. Nr 23. — 15. A. P. Thompson, John Malius: Recent advances in treatment Medicine. The Practitioner October 1945 vol. 155. — 16. A. Wettstein: Penicillin. Experiment und Klinik — eine Gesamtübersicht. Schweiz. Med. Wochschr. 74 Jahrg. Nr 23. — 17. B. Zabłocki: O nowych środkach bakteriobójczych pochodzenia biologicznego, gramocidinie i penicillinie. Medycyna Społeczna i Kliniczna R. I Nr 1 1945.

Dr med. JERZY LEBIODA — Kraków

Spermatogeneza a chemolecznictwo doustne rzeżączki*)

(Z Kliniki Dermatologicznej U. J.; Dyrektor: prof. dr Franciszek Walter)

Wprowadzenie do lecznictwa rzeżączki środków chemioterapeutycznych z grupy sulfamidowej wzbogaciło wybitnie arsenał środków jakimi rozporządzaliśmy w walce z tą chorobą. Jednak obserwacje nad działaniem tych środków wykazały, iż wiele z nich dając dobre wyniki lecznicze powoduje równocześnie wystąpienie poważnych objawów ubocznych. Jednym z najpoważniejszych jest wpływ związków sulfamidowych na spermatogenezę, o czym pierwsi donieśli Gouverneur, Jaubert i Motz (1). Należy tutaj podnieść, iż pierwsze w ogóle spostrzeżenia o wybiorczym działaniu związków chemioterapeutycznych innej grupy, a to barwików akrydynowych na tkankę nasieniotwórczą i plemniki poczynili polscy autorzy Pawlas i Skowron (2). Wykazali oni wybitnie ujemny wpływ tych barwików na nasienie męskie.

*) Praca przedstawiona na XI Zjeździe Pol. Tow. Dermatologicznego w Wilnie 1. 7. 1939 r.

Przy stosowaniu większych dawek stwierdzali oligo- a nawet azospermię, często nawet trwałą. Ostatnio badaniom nad wpływem związków sulfamidowych na spermatogenezę poświęcali uwagę liczni autorzy zwłaszcza francuscy. Również i polscy autorzy Wowkonowicz i Burawski (3) zajmowali się tym zagadnieniem. Naogół starano się przeprowadzić badania porównawcze ilości plemników przed i po leczeniu związkami sulfamidowymi. Barbeillion i Torres-Léon (4) wykazali znaczne zmniejszenie się ilości plemników u 96% mężczyzn, u których rzeżączkę leczono Rodilonem. Również Jaubert i Motz (5) stwierdzili w 60% przypadków wybitnie obniżoną ilość plemników po leczeniu sulfamidem. Pautrier (6) ze swoimi współpracownikami stwierdził zmniejszenie się plemników tylko w przypadkach rzeżączki powikłanej. W naszych obserwacjach nad zachowaniem się nasienia męskiego, a zwłaszcza plemników pod wpływem leczenia związkami sulfamidowymi nie oparliśmy się na metodzie porównawczej ilości plemników przed i po leczeniu, ponieważ już w warunkach fizjologicznych ilość plemników ulega bardzo znacznym wahaniom i jest zależna od wielu czynników.

Badania Lodego (7) wykazały, że u mężczyzny silnego o wadze 70 kg liczącego 29 lat ilość plemników może się wahać od 19.400 do 135.000 w jednym cm³, rozpiętość więc olbrzymia. U innego mężczyzny 40-letniego wagi 64 kg od 24.280 do 58.400 w jednym cm³. Notowano też różnicę w ciężarze gatunkowym nasienia. Metoda więc porównawcza ilości plemników przed i po leczeniu wydaje się nam nie tylko niezbyt pewnym, a nawet całkiem wątpliwym sprawdzianem, skoro już w warunkach fizjologicznych zachodzą tak wielkie różnice. Dlatego nasze badania oparliśmy na obserwacji szybkości ruchu plemników, stwierdzeniu ilości martwych plemników i uwzględnieniu zewnętrznych cech nasienia. Za podstawę przyjęliśmy za Lespinasse (8) szybkość ruchu plemnika, którą określa się za pomocą obliczenia czasu potrzebnego do przebycia drogi od środka pola widzenia mikroskopu do jego obwodu i to przy użyciu obiektywu Nr 7, a okularu Nr 4. W podziale tym uwzględniliśmy 4 grupy:

Do I grupy zaliczono te plemniki, które wymienioną drogę przebywały w czasie 7 sekund;

Do II grupy od 7 do 15 sekund;

do III grupy od 15 do 20 sekund;

do IV grupy powyżej 20 sekund.

Ten sposób wydaje się nam lepszym miernikiem w ocenie żywotności i zdolności ruchu plemników. Można bowiem stwierdzić, czy środowisko, w którym znajduje się plemnik wpływa korzystnie na jego siłę i wydajność objawów życiowych czy też nie, a przecież związki sulfamidowe mogą mieć wpływ nie tylko na same plemniki, ale i na inne składowe nasienia od których żywotność plemników zależy.

Kierując się tymi przesłankami zastosowaliśmy omówioną metodę. Obserwacje nasze dotyczyły chorych rzeżączkowych, których leczyliśmy następującymi preparatami sulfamidowymi:

Dagenanem (2 para-amino-benzeno-sulfamidopirydyna) Spiessa;

Albucidem (4 aminobenzolsulfonacetamid) Scheringa;

Elektylem (4 (4 aminobenzolsulfonamido-benzolsulfondimethylamid) Chinoinu.

Badania nasze przeprowadziliśmy na 30 chorych w wieku od 18 do 28 lat. U większości chorych bo u 22 przeprowadzono badania nasienia bezpośrednio po masturbacji, u 5 chorych w 20 minut do 1 godziny, a u 3 chorych post coitum (w 30 minut, godzinę i 4 godziny).

Wyniki nasze przedstawiają się następująco:

Na 19 przypadków rzeżączki leczonej Dagenanem zaliczyliśmy plemniki: w 10-ciu do grupy I, w 2-ch do II, w 3-ch do III i w jednym do IV. Poza tym w dwu przypadkach stwierdziliśmy azospermię w jednym zaś przypadku necrospermię. W obydwu przypadkach azospermii mieliśmy do czynienia z chorymi, z których jeden przeszedł przed 8 laty zapalenie najądrza i przed 2 laty rzeżączkę, a drugi był leczony przez nas z powodu zapalenia najądrza. W przypadku necrospermii chory przebył uprzednio rzeżączkę przed 2 laty. U tych 3-ch chorych powtórne badanie nasienia przeprowadzone w okresie od 2 do 7 tygodni później, dało te same wyniki. Makroskopowo nasienia tych chorych przedstawiały ciecz wodnistą barwy białawej bez zapachu. W przypadku, w którym plemniki zaliczono do grupy IV nasienie pochodziło od chorego, który przebył rzeżączkę przed kilku laty i było dostarczone w 4 godziny po stosunku. W tym przypadku stwierdziliśmy ponad 50% plemników martwych. W 3-ch przypadkach, gdzie plemniki zaliczono do grupy III jeden chory przebył pourazowe zapalenie jądra, drugi był leczony przez nas z powodu rzeżączki przewlekłej trwającej kilka miesięcy, a trzeci z powodu rzeżączki cewki przedniej i tylnej. W tych przypadkach znaleźliśmy od 20 do 50% plemników martwych. W dwu przypadkach zaliczonych do grupy II badanie odbyło się nie bezpośrednio po ejaculacji. W jednym bowiem dostarczono go nam w godzinę, a w drugim w 30 minut, przy czym pochodziło od pacjenta, który był leczony przez nas z powodu rzeżączki przewlekłej, trwającej 4 miesiące. W 10 przypadkach, w których plemniki zaliczono do grupy I ustalono, że 9 chorych przechodziło rzeżączkę po raz pierwszy, a tylko jeden po raz drugi i to za każdym razem rzeżączkę ostrą cewki przedniej. W przypadkach zaliczonych do grupy I nie znajdowano plemników martwych prawie wcale. We wszystkich przypadkach leczonych Dagenanem badanie nasienia wykonano w okresie od 1 do 28 dnia po skończonym leczeniu, przy czym nie stwierdziliśmy na tym materiale, aby na nasienie jak też i na zachowanie się plemników miał wpływ czas jaki upłynął od chwili skończenia leczenia Dagenanem. Na 4 przypadki badane w pierwszych dwu dniach po skończonym leczeniu w 3-ch stwierdziliśmy największą ruchliwość plemników i wszystkie żywe, a w jednym azospermię z licznymi komórkami mosznowymi, limfocytami i nabłonkami. Przypadek ten dotyczy chorego, który przebył zapalenie najądrza. Jest rzeczą niewątpliwą, że na spermatogenezę wielki wpływ wywierają poprzednio przebyte zakażenia rzeżączkowe, zwłaszcza powikłane zapaleniem najądrzy, jak również przebyte sprawy za-

palne jądra na tle urazowym oraz zapalenie najądrzy przebiegające w czasie ostatniej rzeżączki. Natomiast trudno jest dopatrzeć się niekorzystnego wpływu Dagenanu na spermatogenezę.

W przypadkach bowiem zaliczonych do grupy I (p. w.) gdzie chorzy w znacznej większości ulegli po raz pierwszy zakażeniu, nie spostrzegaliśmy żadnych znamion wskazujących na jakiekolwiek szkodliwe wpływy tego środka. Wśród plemników zaliczonych do tej grupy nie spotykaliśmy zupełnie postaci uszkodzonych lub nieprawidłowych. Plemniki mające cechy degeneracyjne jak mniejsze lub większe główki, krótsze witki, witki poskręcane spotykaliśmy w innych grupach zwłaszcza tam gdzie równocześnie znajdowaliśmy większą ilość plemników nieżywych. Dlatego też te zmiany uważamy jako zmiany degeneracyjne poprzedzające obumarcie plemnika. Tak zmienione plemniki znajdowano naprzykład w nasieniach, które dostarczono nam po upływie dłuższego czasu po ejaculacji.

Po leczeniu Albucidem badano nasienie u 7 chorych, w tym u 2 takich, którym prócz Albucidu stosowano Dagenan. Nasienie badano przeważnie w przeciągu 2 pierwszych tygodni po skończonym leczeniu, a w jednym tylko przypadku po upływie 4-ch tygodni. Wyniki badania nasienia tych 7 chorych leczonych z powodu rzeżączki ostrej przedstawiają się następująco:

W 2 przypadkach zaliczyliśmy plemniki do grupy I, w dwu przypadkach do grupy II (w tym jeden chory był leczony Albucidem 10 gr i Dagenanem 18 gr). W dwu przypadkach stwierdziliśmy necrospermię, a to u jednego chorego po 40 gr Albucidu i 15 gr Dagenanu, a u drugiego chorego, lat 23, po 20 gr Albucidu. U ostatniego chorego badanie nasienia było wykonane 12 dnia po skończonym leczeniu. Nasienie przedstawiało ciecz wodnistą, białawą o zapachu bardzo słabym. Po miesiącu wykonano badanie kontrolne i wówczas uzyskane nasienie przedstawiało ciecz gęstą, galaretowatą o silnym zapachu. Badanie mikroskopowe wykazało liczne plemniki przesuwające się bardzo szybko w polu widzenia, tak, że zaliczyliśmy je do grupy I. Wreszcie u ostatniego pacjenta z grupy leczonej Albucidem stwierdziliśmy azospermię po 20 gr preparatu. Sprawa dotyczyła mężczyzny 31-letniego, który w anamnezie nie podawał przebycia rzeżączki. Jest rzeczą znamienną, że u tych chorych (7) wyleczonych Albucidem u 4-ch stwierdziliśmy wielką żywotność i ruchliwość plemników, a u 2-ch necrospermię i u jednego azospermię. Jeśli się zważy, że żaden z chorych nie przechodził poprzednio rzeżączki ani też żadnego powikłania w czasie choroby, to w tych przypadkach trudno jest nie przyjąć szkodliwego wpływu Albucidu na spermatogenezę. Zadziwiający jest jednak ten ostry podział na dwie krańcowe grupy bez faz przejściowych. W jednej bowiem grupie mamy plemniki bardzo żywotne, a w drugiej martwe lub ich brak. Widocznie zależy to od mechanizmu działania tego związku w organiźmie i od miejsca jego działania. W przypadku azospermii niewątpliwie działał on uszkadzająco na samą tkankę nasieniotwórczą, w przypadkach zaś necrospermii raczej na środowisko, w którym żyją plemniki. Można przyjąć z dużym prawdopodobieństwem, że to ujemne działanie Albucidu na środowisko w jakim znajdują się plemniki jest przejściowe, gdyż badanie kontrolne wykonane coprawda tylko w jednym z tych przypadków po upływie miesiąca wykazało jednak nasienie o wyglądzie normalnym i dużej ilości bardzo ruchliwych plemników. Niestety nie udało się nam przeprowadzić badania kontrolnego w drugim takim przypadku.

Po leczeniu Elektylem badaliśmy nasienie u 4-ch chorych. Dwom z nich oprócz Elektylu podawano Dagenan. W 3-ch przypadkach zaliczono plemniki do grupy I, w jednym do grupy II. Należy dodać, że wśród wszystkich badanych przypadków jedynie tylko w tym ostatnim znajdywaliśmy od 3 do 5 plemników w polu widzenia, przy czym plemniki wykazywały bardzo znaczną ruchliwość. Okazało się, że pacjent ostatniej nocy miał kilka stosunków.

Wyniki badania nasienia po leczeniu Elektylem nie wykazują większych rozbieżności, a ponieważ materiał jest niewielki trudno nam jest wysnuć wnioski.

Jak zaznaczyłem na wstępie obserwowaliśmy również zachowanie się zewnętrzne nasienia i stwierdziliśmy, że różnice ilościowe spermy mają mniejsze znaczenie prognostyczne co do wartości nasienia, natomiast konsystencja i zapach bardzo wielką. We wszystkich tych przypadkach, gdzie mieliśmy do czynienia ze spermą gęstą, galaretowatą zawierającą liczne twory podobne do ziarenek saga i o silnym zapachu kasztanów palonych, tam znajdowaliśmy bardzo dużo plemników bardzo ruchliwych i prawie wszystkie żywe. Natomiast w tych przypadkach, gdzie sperma była wodnista, barwy mlecznej lub opalizującej bez zapachu, mieliśmy do czynienia z azospermią, necrospermią lub oligospernią. W badaniach naszych zaobserwowaliśmy także pewną równoległość między ruchliwością plemników i żywotnością a ilością. W przypadkach bowiem zaliczonych do grupy I spotykaliśmy zawsze największą ilość plemników, podczas gdy w grupach dalszych mniejszą.

Przy rozważaniu końcowym naszych wyników wyeliminujmy przypadki rzeżączki powikłanej i rozpatrzmy działanie sulfamidów na spermatogenezę u chorych leczonych z powodu rzeżączki ostrej. Na 10 przypadków leczonych Dagenanem (2 para-amino-benzeno-sulfamido-pirydyna) nie stwierdziliśmy żadnego wpływu ujemnego tego środka na zachowanie się plemników. Natomiast na 7 przypadków rzeżączki ostrej leczonej Albucidem (4 aminobenzolsulfonacetamid) w 2 stwierdziliśmy wystąpienie przejściowej necrospermii i w 1-nym azospermii. Z zestawnienia tych faktów wynika jasno, że 4 aminobenzolsulfonacetamid wpływa szkodliwie na spermatogenezę. Trudno jest w tej chwili orzec czy mamy do czynienia ze szkodliwym działaniem środka chemicznego na bardzo wrażliwe komórki rozrodcze, czy też na środowisko w którym one się znajdują. Być może, że jest to zaburzenie równowagi humoralnej względnie zniszczenie jednego z życianów koniecznych do życia plemnika. Niewątpliwie powiodło nam się wykazać, że jest to stan przejściowy a nie trwały.

Dalsze badania nad innymi preparatami sulfamidowymi być może przyniosą nam nowe szczegóły i pozwolą głębiej jeszcze wglądnąć w to zagadnienie.

PIŚMIENNICTWO

(1) Gouverneur, Jaubert i Motz: Bull. de Soc. d'Urol. 21 3 38. — (2) Pawlas i Skowron: Bull. Intern. de l'Acad. Pol. de Sciences et des Lettres Nr 7 1930 p. 433. — (3) Wowkonowicz i Burawski: Przegląd Dermatologiczny Nr 4. 38.— (4) Barbeillion i Torres Léon: Bull. Soc. Fr. de Derm. et de Syph. 16 6 38. — (5) Jaubert i Motz: Bull. de Soc. d'Urol. 21 3 38. — (6) Pautrier i Woringer, Boy et Langier: Bull. Soc. Fr. de Dermat. et de Syph. 16 6 1938. — (7) Lode A.: Pflügers Arch. f. d. ges. Physiologie. Bd. 50 S. 278. — (8) Lespinasse: Ginekologia Polska Tom III Zeszyt X—XII 1924 l. c.

Dr med. JERZY LEBIODA Kraków

W sprawie zwalczania chorób wenerycznych

Zagadnienie chorób wenerycznych ma charakter wybitnie społeczny, ponieważ choroby te zagrażają nie tylko jednostce, która nieleczona właściwie może niejednokrotnie stać się kaleką wymagającą długoletniego leczenia w zakładzie zamkniętym na koszt państwa, ale przynoszą także wielkie straty społeczeństwu, gdyż zmniejszają wybitnie jego przyrost naturalny, względnie przeniesione na potomstwo wprowadzają do niego jednostki chore, obciążone dziedzicznie — mniej wartościowe.

Zagadnienie to w naszym społeczeństwie tak bardzo zniszczonym wojną i dążeniem okupanta niemieckiego do biologicznego wyniszczenia narodu polskiego — wzrasta do zagadnienia państwowego o kapitalnym znaczeniu. Niewątpliwie zadaniem naszym w tych warunkach jest dążyć do wzrostu populacji, aby wyrównać poniesione straty i zwiększyć wybitnie obniżony przyrost naturalny, musimy jednak dbać nie tylko o przyrost ilościowy, ale przede wszystkim o jakościowy. W związku z tym ostatnim postulatem konieczne jest przeprowadzenie należycie rozganizowanej walki z chorobami wenerycznymi.

W walce z chorobami wenerycznymi nie posiadamy dotychczas polskiej ustawy, któraby jasno i głęboko regulowała to zagadnienie. Nasze przepisy istniejące przed rokiem 1939 miały na celu tylko ograniczenie możliwości rozszerzania się chorób wenerycznych. Przyjmując, że jednym z głównych źródeł chorób wenerycznych jest nierząd stosowano reglamentację prostytutek. Okresowe oględziny prostytutek mają na celu wyszukanie jednostek z objawami chorób wenerycznych (*Lues manifesta*, *Gonorrhoea*, *Ulcus molle*) i te osobniki kieruje się do przymusowego leczenia w szpitalu, natomiast prostytutkom dotkniętym kiłą bezobjawową zezwala się na leczenie ambulatoryjne. Poza tym aby udostępnić leczenie ubogim chorym wenerycznie, Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej przydzielało leki przeciwkiłowe ambulatoriom szpitalnym, poradniom przeciwwenerycznym i lekarzom powiatowym względnie okręgowym do bezpłatnego leczenia.

W okresie okupacji niemieckiej wprowadzono przymus obowiązkowego zgłaszania przez lekarzy każdego przypadku, w którym rozpoznano chorobę weneryczną, ponadto chory winien był podać źródło zakażenia. Lekarz obowiązany był skierować doniesienie do lekarza powiatowego, a w większych miastach jak w Krakowie do specjalnego biura kierowanego przez lekarza inspektora sanitarno-obyczajowego (cały zespól polski). Zadaniem tej instytucji było ustalenie czy osobnik podany jako źródło zakażenia jest istotnie chory, czy też nie. W tym celu biuro dysponowało odpowiednio wyszkolonym personelem pielęgniarskim i urzędniczym. Aparat ten powodował w sposób dyskretny, że osobnik podany jako źródło zakażenia zostawał o tym poinformowany i żądano od niego, aby poddał się badaniu lekarskiemu. Badanie to mógł przeprowadzić u lekarza prywatnego, w ambulatorium szpitalnym, Ubezpiecz. Społ. względnie bezpłatnie w miejskiej poradni przeciwwenerycznej. W razie stwierdzenia choroby u danego osobnika musiał on poddać się leczeniu. Do dalszych zadań biura należało czuwanie, aby chory taki nie zaprzestał leczenia przed całkowitym wyleczeniem. O ile lekarz prowadzący leczenie zawiadomił biuro, iż pacjent przerwał leczenie np. przeciwkiłowe, a biuro stwierdziło, że nie kontynuuje go gdzieindziej, wtedy zmuszano pacjenta do podjęcia dalszego leczenia. W razie oporu lekarz urzędowy miał prawo zastosować sankcje i umieścić chorego w szpitalu, a nawet w areszcie.

Obowiązek zgłaszania każdego przypadku wenerycznego jak też i źródła zakażenia ma niewątpliwie wiele cech dodatnich. Dane statystyczne zebrane w ten sposób są znacznie bliższe prawdy, aniżeli statystyki przedwojenne oparte tylko na ankietach, wzgl. na danych szpitalnych i ambulatoryjnych. Bardzo ważnym jest zgłaszanie źródła zakażenia. Właśnie uchwycenie źródła jest bodaj najważniejszym w akcji zwalczania chorób wenerycznych. Wiemy bowiem, że jeden taki osobnik w razie nieleczenia się, może zakażać dziesiątki i setki osób. Zmuszenie go do leczenia i czuwanie nad ciągłością leczenia zabezpiecza również i otoczenie od możliwości zakażenia.

Przechodząc obecnie do pewnych wniosków, trzeba stwierdzić, że w państwie demokratycznym nie powinno uznawać się reglamentacji prostytutek. Należy uznać za wysoce niemoralne postępowanie zmuszające pewną tylko warstwę obywateli do przymusowego rejestrowania się i pozostawania pod stałym nadzorem policyjnym. Ubliża to bowiem godności ludzkiej tymbardziej, gdy olbrzymia część prostytutek tajnych jak też i chorzy mężczyźni nie podlegają temu upokarzającemu obowiązkowi. Tego rodzaju stan jest wysoce niesprawiedliwy z punktu patrzenia społecznego.

W zwalczaniu chorób wenerycznych utrzymanie nadal obowiązkowego zgłaszania chorób wenerycznych niewątpliwie dałoby dobre wyniki. Obserwacja nasza z ostatniego pięciolecia wykazuje, że w przeciwieństwie do poprzedniej wojny europejskiej — zakażeń chorobami wenerycznymi było znacznie mniej. Dlatego też należy utrzymać bowiązkowe zgłaszanie chorych wenerycznie z tą tylko różnicą, że zgłoszenia te mogą być bezimienne, a lekarz zgłaszający zachowa bliższe dane u siebie. W razie zaś przerwania leczenia winien o tym fakcie zawiadomić

lekarza urzędowego celem spowodowania ukończenia leczenia, wyjawiając dane.

Zgłoszenia chorób wenerycznych są ważne — stanowią one bowiem materiał do danych statystycznych, bez których nie można prowadzić racjonalnej polityki zdrowia. Drugą ważną rzeczą jest zgłaszanie źródeł zakażenia. Tutaj lekarze mają wielkie zadanie przed sobą, aby chorego uświadomić odpowiednio i nakłonić do podania źródła. Bardzo często bowiem chorzy, a także i chore uważają za czyn niedżentelmeński wyjawienie źródła zakażenia i świadomie uchylają się od spełnienia tego obowiązku. Wyszukiwaniem źródeł zakażenia w wypadkach niezbyt ściśle określonych winien zajmować się personel pomocniczy lekarza urzędowego. Podejrzanemu o źródło zakażenia należy pozostawić wolny wybór lekarza u którego chce poddać się badaniu. Winien tylko przedstawić lekarzowi urzędowemu zaświadczenie, że nie stwierdzono u niego choroby wenerycznej wzgl. że pozostaje w leczeniu. Osobnicy, którzy nie posiadają ubezpieczenia chorobowego, bądź też nie są w stanie pokryć kosztów leczenia winni być leczeni bezpłatnie w szpitalach, ambulatoriach, czy też w poradniach na koszt państwa.

W przypadkach, w których zachodzi podejrzenie, że jakiś osobnik jest chory wenerycznie, jakkolwiek nie jest podany jako źródło zakażenia organa władzy administracyjnej (milicja) winne złożyć doniesienie do lekarza urzędowego celem przeprowadzenia badania lekarskiego. Również i nieanonimowe doniesienie każdego obywatela winno powodować badanie podejrzanego o chorobę weneryczną.

W walce z chorobami wenerycznymi czynnik lekarski winien być wysunięty na pierwsze miejsce. Z chwilą zniesienia reglamentacji prostytutek organa policyjne zostałyby wyeliminowane z tego zagadnienia. W zakończeniu należy podnieść, że w zwalczaniu chorób wenerycznych wielkie znaczenie ma akcja społeczno-wychowawcza. Na pierwszy plan należy wysunąć uświadomienie społeczeństwa i pogłębienie wiadomości o chorobach wenerycznych. Wychowanie młodzieży fizyczne, moralne i płciowe ma zasadnicze znaczenie i winno być przeprowadzone przez sport, pogadanki na temat życia płciowego o chorobach wenerycznych i ich znaczeniu społecznym. Również dla wszystkich innych obywateli winny być urządzane odczyty, pogadanki przez radio, wystawy przeciwweneryczne. Najlepszą bronią w walce z chorobami wenerycznymi jest uświadomienie społeczeństwa czym są i czym grożą choroby weneryczne.

SPRAWOZDANIE Z KONFERENCJI WENEROLOGÓW W WARSZAWIE

Wielki wzrost chorób wenerycznych obserwowany w całej Polsce spowodował Ministerstwo Zdrowia do zwołania konferencji wenerologów w dniach 20 i 21 lipca w Warszawie celem wspólnego opracowania planu walki z tymi chorobami. Minister Zdrowia dr Litwin otwierając Zjazd dał wyraz wielkiej trosce o zdrowie narodu i przyszłych pokoleń z powodu szerzącej się epidemii chorób wenerycznych, wierzy jednak, że świat lekarski zmobilizowany do tej walki opanuje grożące niebezpieczeństwo i spełni swe zadania równie chlubnie na tym odcinku, jak spełnił go dotychczas na innych.

Konferencji przewodniczył dr Kacprzak. Udział w niej brali jako referenci prof. Grzybowski z Warszawy, prof. Walter z Krakowa, którego zastępował dr Lebioda, doc. Kapuściński z Krakowa, płk. Ryl-Nardzewski z Lublina, dr Rosner z Poznania, dr Wernic z Warszawy, dr Mierzecki z Warszawy a ponadto prof. Grzegorzewski z Gdańska, dr Dzius, Michałowski i Nitecki z Łodzi oraz liczni wenerolodzy z różnych dzielnic Polski i terenów przyłączonych — z ramienia zaś Ministerstwa dr Telatycki i dr Borkowski Edward.

Celem konferencji było opracowanie wytycznych zwalczania chorób wenerycznych, których olbrzymi wzrost związany jest niewątpliwie z długo trwającą wojną, przemarszem wielkich mas wojska, jak też ruchami ludności ewakuowanej z jednych terenów na drugie, oraz ogólnym pogorszeniem warunków mieszkaniowych i materialnych. Jak wynikało ze sprawozdania poszczególnych kolegów, najgorzej przedstawiają się tereny północne i zachodnie gdzie około 80% kobiet pozostałych na tych terenach dotkniętych jest rzeżączką i około 5% kiłą. W referacie o Organizacji zwalczania chorób wenerycznych prof. Walter podniósł konieczność odpowiedniego przygotowania lekarzy w okresie studiów lekarskich aby byli w stanie samodzielnie rozpoznawać zakażenie weneryczne we wczesnych okresach — podejmować i prowadzić leczenie chorego przez co szybko unieszkodliwić źródło zakażenia, a tym samym ograniczać dalsze szerzenie się choroby wenerycznej. Dla starszych lekarzy zdaniem autora wskazanym jest urządzanie specjalnych kursów w ośrodkach uniwersyteckich, aby zapoznać ich z ostatnimi zdobyczami wiedzy w tej dziedzinie. W akcji zapobiegawczej duże znaczenie należało by przypisać ośrodkom profilaktycznym — jakie istniały już przed wojną w Krakowie i Łodzi. Aby walka z chorobami wenerycznymi była skuteczną — leczenie winno być bezpłatne, łatwo dostępne każdemu. Z tym wiąże się gęsta sieć przychodni, które powinny być pomieszczone w ośrodkach zdrowia, aby dostęp do nich nie był krępujący. Również liczba łóżek szpitalnych winna ulec wzrostowi i powinno organizować się nowe oddziały. Nie należy natomiast tworzyć specjalnych szpitali wenerycznych. Wybitną rolę w zwalczaniu chorób wenerycznych wytycza autor akcji społeczno-wychowawczej i propagandowej, którą winny być objęte szkoły, ośrodki przemysłowe i fabryczne, Domy Ludowe i spółdzielnie. Oprócz broszur, wystaw, należy do tych celów zużytkować także film i radio. Zdecydowane stanowisko zajmuje w sprawie nierządu, uważając, że ujęty nawet w ramy neoreglamentacji winien być zniesiony; dozór policyjny nad prostytutką jest hańbą XX stulecia.

Zagadnienie walki z nierządem szczegółowo przedstawił prof. Grzybowski — nakreślając jego historię, jak też podając różne definicje od starożytności do

czasów ostatnich. Autor zastanawiając się nad zwalczaniem źródła dopływu nowych sił stwierdza, iż niektóre osobniki są predystynowane w kierunku prostytucji. Uwarunkowane to jest skazą biologiczną dającą swój wyraz w psychicznej degeneracji, a często wywodząca się ze środowiska prostytucyjnego. Na doskonale dobranych statystykach prelegent wykazał, że większość zakażeń chorobami wenerycznymi ma swe źródło w tajnej prostytucji. We wnioskach końcowych wypowiada się prelegent za abolicjonizmem.

Dr Lebioda przedstawił projekt ustawy przeciwwenerycznej opracowany przez prawników i lekarzy krakowskich. W walce z chorobami wenerycznymi nie posiadamy dotychczas polskiej ustawy, którąby jasno i głęboko regulowała to zagadnienie.

Nasze przepisy istniejące przed 1939 rokiem miały na celu tylko ograniczenie możliwości rozszerzania się chorób wenerycznych. Projekt obecny ma wypełnić tę lukę. Przewiduje on przymus zgłaszania chorób wenerycznych, bez konieczności podawania personalii dotkniętego chorobą, — konieczność podania źródła zakażenia, przymus leczenia. Leczenie ma być dostępne dla wszystkich i bezpłatne. W szeregu dalszych referatów były omawiane ostatnie zdobycze chemioterapeutyczne i ich zastosowanie w zwalczaniu chorób wenerycznych — Doc. Kapuściński. Dalej omawiano akcję profilaktyczną — Dr Mierzecki.

Poruszano zagadnienie zwalczania chorób wenerycznych w wojsku i współpracy medycyny wojskowej z cywilną. Kol. Rosner nakreślił program kursów przeciwwenerycznych dla lekarzy praktyków. Dr Borkowski Naczelnik Wydziału Zwalczania Chorób Wenerycznych przedstawił dotychczasową akcję Ministerstwa Zdrowia na odcinku zwalczania chorób wenerycznych, jak też nakreślił plan dlaszej akcji. Wydział Zwalczania Chorób Wenerycznych chciał ustalić przede wszystkim faktyczne dane dotyczące chorób wenerycznych i ich rozmieszczenia, ilości lekarzy wenerologów, ilości łóżek szpitalnych — ambulatoriów. Ministerstwo Zdrowia zakreśla plan na krótki i daleki dystans, uważając, że w pierwszym okresie należy przede wszystkim dostarczyć niezbędnych leków i lekarzy — a w następnym etapie rozplanować ośrodki — szpitale tj. oddziały skórno-weneryczne i należytą obsadę tych oddziałów. W dyskusji podnoszono, że dotychczasowa obsada jest często dziełem przypadku lub koneksji. Obsada stanowisk kierowniczych ludźmi nie mającymi dostatecznych kwalifikacji — na pewno nie podniesie poziomu naszego lecznictwa. Dlatego też wskazanem jest obsadzanie tego rodzaju stanowisk drogą konkursu.

Referaty i dane z dyskusji posłużą niewątpliwie Wydziałowi Zwalczania Chorób Wenerycznych do wydania zarządzeń regulujących sprawę chorób wenerycznych na terenie Państwa.

Na zakończenie trzeba dodać, że organizatorom konferencji należy wyrazić uznanie, że w tak wyjątkowo trudnych warunkach potrafili wyczerpać całkowicie program konferencji, a uczestnikom zapewnić możliwie najlepsze warunki pobytu w naszej biednej, ale żywo tętniącej stolicy. *Dr Jerzy Lebioda*

NASILENIE CHORÓB WENERYCZNYCH W POLSCE*)

Choroby weneryczne w Polsce wzrosły w sposób zastraszający. Złożyło się na to kilka przyczyn: wojna z przemarszami wojsk i związane z tym gwałty, wędrówka ludności miast, wsi, brak lekarzy specjalistów, których zginęło około 60% z ogólnej liczby jaka była w roku 1939, oraz brak leków przeciwwenerycznych wobec zupełnego niemal zburzenia polskiego przemysłu farmaceutycznego.

Nie można podać szczegółowszych danych, jednak należy obliczać, że liczba chorych rzeżączkowych wyniesie w stosunku rocznym przeszło 50.000, a kiły wymagającej leczenia ponad 100.000.

Nasilenie chorób jest różne w zależności od terenu. Największe bo przekraczające 10% wśród kobiet, głównie Niemek pozostałych na terenach wschodnich, a znaczne, bo do 2% wśród kobiet Polek powracających z Niemiec.

Na terenach zachodnio-północnych przyłączonych do Polski w niektórych miejscowościach nasilenie rzeżączki wśród kobiecej ludności niemieckiej dochodzi do 30%, a nawet wyżej, podczas gdy wśród istniejącej już osiadłej i przybywającej na te tereny ludności Polskiej procent ten jest znacznie niższy.

Na terenach Polski w województwach centralnych liczba chorób wenerycznych jest czterokrotnie wyższa niżeli w roku 1939.

Opanowanie zarazy wenerycznej jest trudne ze względu na:

1. Brak odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów (wenerologów). Było we wrześniu 1939 r. około 400, pozostało około 150. Województwo rzeszowskie ma tylko... 2 specjalistów.

2. Brak oddziałów szpitalnych dla chorych wenerycznych. Przed wrześniem 1939 r. było łóżek szpitalnych około 3.000, obecnie około 1.200.

Z oddziałów skórno-wenerycznych przy klinikach uniwersyteckich (Warszawa, Wilno, Lwów, Poznań, Kraków) pozostał niezniszczony tylko jeden w Krakowie. W Warszawie liczącej obecnie około 600.000 mieszkańców mamy 40 łóżek skórno-wenerycznych z tym, że za miesiąc po ukończeniu remontu liczba ta podniesie się do 130 łóżek, inne kliniki mieszczą się w miejskich oddziałach szpitalnych, jakie istniały w tych miastach niezależnie od klinik (Poznań). W całym województwie pomorskim jest tylko 49 łóżek szpitalnych itp.

3. Brak leków. Żyliśmy przez pół roku tylko tym, co pozostało po niemcach. Przemysł farmaceutyczny krajowy nie istniał, to znaczy taki, któryby wyrabiał sulfamidy (sulfopirydyna, sulfothiazol), neosalvarsan, bismut, szczepionkę gonokokową).

4. Brak narzędzi: sterylizatorów, strzykawek, igieł, (dożylnych i domięśniowych), bardzo mało mikroskopów (do niedawna w ambulatorium we

*) Według komunikatu Ministerstwa Zdrowia.

Wrzeszczu, gdzie frekwencja dzienna dochodziła do 1000 wizyt nie było żadnego mikroskopu).

I KURS DOKSZTAŁCAJĄCY Z DZIEDZINY CHORÓB WENERYCZNYCH DLA LEKARZY OGÓLNO-PRAKTYKUJĄCYCH

Ministerstwo Zdrowia organizując akcję z gwałtownie i szeroko rozszerzającymi się chorobami wenerycznymi postanowiło, aby w miastach uniwersyteckich odbyły się kursy dokształcające z dziedziny chorób wenerycznych dla lekarzy ogólno-praktykujących, którzy pracują już w istniejących przychodniach przeciwweneryczych, lub będą pracować w nowozorganizowanych i brać czynny współudział w walce z chorobami wenerycznymi. Ostatnio właśnie w Krakowie odbył się taki kurs przy Klinice Dermatologicznej U. J. między 7 X a 13 X 1945, w którym wzięło udział 13 lekarzy.

SPRAWOZDANIE UCZESTNIKA KURSU DOKSZTAŁCAJĄCEGO DLA LEKARZY PRAKTYKÓW Z ZAKRESU CHORÓB WENERYCZNYCH

urządzonego na zlecenie Ministerstwa Zdrowia przez Klinikę Dermatologiczną U. J. w czasie od 8—13 października 1945 r.

Ogromne nasilenie występowania chorób płciowych po ostatniej wojnie światowej spowodowało, że zagadnienie walki z chorobami płciowymi w społeczeństwie polskim urosło do wielkości naczelnego zagadnienia.

Dobrze się więc stało, że na zlecenie Ministerstwa Zdrowia Urząd Wojewódzki oparty o niezawodną pomoc Kliniki Skórno-wenerycznej U. J. w Krakowie, pozostającej pod dyrekcją zasłużonego od szeregu lat w pracy społecznej w tej dziedzinie prof. dra Franciszka Waltera, urządził kurs dokształcający dla lekarzy-praktyków. Organizacja kursu, pozostająca pod doświadczonym i sprężystym kierownictwem PP. prof. dra Franciszka Waltera, st. asyst. dra J. Lebiody z ramienia Kliniki i dra O. Anselma, Naczelnika Wydziału Zdrowia z Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie, wykazała wysoką sprawność pod każdym względem. Poczynając od niezwykle ciepłego i serdecznego przyjęcia uczestników kursu przez dra O. Anselma i wszystkich wykładowców, a kończąc na drobiazgowym zapewnieniu wszelkich wygód mieszkalnych i wyżywienia.

Wykłady prowadzone przez prof. dra Fr. Waltera, doc. dra M. Obtułowicza, doc. dra Z. Oszasta, doc. dra Kapuścińskiego, doc. dra Mikułowskiego, st. asyst. dra J. Lebiodę, st. asyst. dra K. Lejmana i st. asyst. dra K. Boczara w treściwej formie zapoznały uczestników kursu z etiologią, patologią, diagnozą i terapią klasyczną chorób płciowych jak również z najbardziej nowoczesnymi metodami leczenia tychże chorób (penicylina) i wynikami osiągniętymi na terenie Kliniki Dermatologicznej U. J.

Wykłady teoretyczne, barwne i zajmujące, poparte ćwiczeniami praktycznymi, podczas których każdy z uczestników kursu mógł osobiście zapoznać się z wszelkimi pracami, jakie mogą mu być pomocne w praktyce na prowincji, harmonizowały ze sobą znakomicie i łatwo stawały się dostępne dla nas praktyków, oderwanych przez mroczne 6 lat okupacji od wiedzy i jej zdobyczy.

Bez wyjątku wszyscy wykładowcy nie szczędząc swego czasu i własnego trudu, dokładali wszelkich starań, aby każdy z nas jak najwięcej korzystał. Mało tego! Zachęceni przez prof. dra Fr. Waltera uczestniczyliśmy w 2-ch zebraniach Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, podczas którego prof. dr Oszacki i przybyły ze Szwecji dr Brück zapoznali nas z wynikami leczenia chorób wenerycznych w krajach zachodniej Europy i Ameryki.

Każdy z nas wielokrotnie miał możność, w czasie kursu, wszelkie trapiące go wątpliwości rozwiać pod wpływem uwag i porad wykładowców.

Streszczając powyższe podkreślić muszę, że mając za sobą 7 lat pracy lekarskiej w terenie, znakomicie uzupełniłem sobie, dzięki wspólnemu wysiłkowi wykładowców i organizatorów kursu, swoje praktyczne doświadczenie w zakresie rozpoznawania i leczenia chorób wenerycznych.

Niezwykle ciężkie warunki pracy na prowincji podczas okupacji i na początku naszej odrodzonej państwowości, zupełne oderwanie od źródeł nauki, wiedzy klinicznej i styczności z naukowcami, nareszcie zostały przerwane. I-szy kurs dokształcający dla lekarzy-praktyków spełnił swoje zadanie.

Nie dość silnie podkreślić musimy ciepły, serdeczny i koleżeński stosunek, jaki przez tych 7 dni łączył nas kursistów z wykładowcami. Należy przyklasnąć podobnym poczynaniom i prosić Szan. Organizatorów i Wykładowców aby nie ustawali i ponownie poprowadzili kursy dla coraz to szerszych kół lekarzy-praktyków. A tych ostanich, o ile to możliwe, chciałbym zachęcić do jak najliczniejszego uczestnictwa w myśl zasady, że im więcej umiemy, tym poziom ogólny naszego społeczeństwa będzie wyższy.

Należy dodać, że uczestnicy kursu otrzrymali zwrot kosztów podróży, utrzymania i noclegi bezpłatne.

Uwagi powyższe zebrałem od wszystkich Kolegów kursu jako wyraz naszej jednolitej opinii pochwalającej to pożyteczne zamierzenie.

Kraków, dnia 13 X 1945. Lek. Adam Karczewski
Skarżysko-Kamienna

PENICYLINA

Otrzymujemy pouczenie wydane przez Departament Medyczny Armii i Marynarki Stanów Zjednoczonych przy współpracy z Komitetem dla Badań Medycznych oraz Urzędem dla Badań i Rozwoju Nauk. Pouczenie nadesłał do Redakcji Dr Domański z Sanoka. *Redakcja*

Penicylina jest potężną przeciwbakteryjną substancją, którą otrzymuje się z płynnej kultury grzybka „*Penicillium notatum*".

Penicylina lecznicza poddana została próbom na zasadzie jednostki oxfordzkiej (Florey). Jednostkę oxfordzką (Florey) określa się jako ilość penicyliny rozpuszczoną w 50 ccm bulionu, która hamuje całkowicie wzrost kultury *staphylococcus aureus*.

Farmakologia. Penicylina staje się szybko nieczynną w obecności kwasu solnego żołądka. Jeśli w ogóle wchłania się drogą rektalną, to minimalnie. Dlatego dla zapewnienia odpowiedniego wchłaniania, należy ją podawać parenteralnie: dożylnie lub domięśniowo. Po zastrzyku dożylnym lub domięśniowym penicylina wydziela się szybko przez nerki i w niewielkiej tylko ilości dostaje się do płynu mózgowo-rdzeniowego i jam surowiczych ciała.

Toksyczność. W klinicznym stosowaniu penicyliny nie stwierdzano żadnych poważniejszych toksycznych odczynów. Dawki kliniczne nie powodują nigdy uszkodzenia narządów krwiotwórczych ani wątroby lub nerek. W niewielu przypadkach stwierdzono odczyn gorączkowy, Materiał obecnie wytwarzany poddaje się starannemu badaniu, przyczym oddanie go do użytku uzależnia się od tego czy wolny jest od ciał pyrogenicznych.

Z innych odczynów obserwowano pokrzywkę, *thrombophlebitis* (przy dożylnym podawaniu), przemijający piekący ból w miejscu zastrzyku domięśniowego, bóle głowy, osłabienie i mdłości, zaczerwienienie, niesmak, uczucie szczypania w jądrach, kurcze mięśni i eozynofilię. Niejedno z tych zaburzeń można przypisać zanieczyszczeniom i można mieć nadzieję, że staną się one rzadsze z chwilą ulepszenia techniki produkcyjnej.

Przechowywanie. Penicylina traci szybko swe działanie w wysokich temperaturach i może ulec powolnemu zepsuciu nawet w temperaturze pokojowej. Należy ją przechowywać w ciepłocie niżej 10^0 C (50^0 F), albo według wskazówek podanych na etykiecie. Zasadniczo temperatury poniżej zamarzania sprzyjają utrzymywaniu oryginalnej mocy penicyliny. Podawanie preparatu po dacie ważności nie powoduje niepożądanych skutków, gdyż jedyną zmianą, jakiej preparat ulega jest zmniejszenie mocy działania.

Przyrządzanie roztworów. Penicylinę, ciało bardzo łatwo rozpuszczalne, można rozpuszczać w wyjałowionej wodzie destylowanej, w jałowym fizjologicznym roztworze soli kuchennej albo w $5^0/_0$-wym roztworze dekstrozy. Należy pamiętać, że po rozpuszczeniu należy roztwór trzymać poniżej punktu zamarzania i że nawet wówczas moc jego spada tak, że raczej nie należy używać roztworów starszych niż 24-godzinne. Nie należy w ogóle używać roztworów starszych, niż 48-godzinne.

Leczenie penicyliną. Roztwory, dawkowanie, drogi stosowania.

A. Domięśniowe: roztwór należy przyrządzać w izotonicznym roztworze fizj. soli kuchennej lub w destylowanej wodzie tak, aby 1 ccm zawierał 5,000 do 10,000 jednostek

penicyliny. Skala dawkowania jest od 10,000 do 30,000 jedn. oxf. (dawka przeciętna 15,000 jedn. oxfordzkich w 3 ccm) co trzy godziny w ciągu dnia i nocy. Nieodzownym warunkiem jest wstrzykiwanie punktualne w oznaczonych godzinach. Metodę A i B można stosować równocześnie w daleko większych dawkach w przypadkach groźnych.

B. Metoda dożylna: Dożylnie podaje się penicylinę w sposób ciągły w ilościach 30 do 40 kropli na minutę. Jeden litr zotonicznego roztworu soli kuch. winien zawierać 20,000 do 80,000 jedn. oxf. penicyliny. Większych stężeń można użyć w przypadkach nagłych i groźnych. Przeciętna dzienna dawka winna wynosić 60,000 do 240,000 jedn. w 3 litrach roztworu. Ilość tę można uzupełnić podawaniem domięśniowym, jeśli to okazuje się potrzebne.

C. Metoda podskórna. Penicylinę w stężeniu 1,000 jedn. oxf. na 1 ccm izoton. roztworu soli wstrzykuje się podskórnie co 12 godzin. Maksymalna dawka wynosi 10 (dziesięć) ccm albo 10,000 jedn. co 12 godzin. Tą drogą podaje się penicylinę współcześnie z wstrzykiwaniami dożylnymi lub domięśniowymi.

D. Metoda topikalna. 250 jedn. penicyliny w 1 ccm izot. roztworu soli stosuje się pod postacią kompresów. Małe rurki Dakinowskie przymocowuje się w kompresach i następne porcje penicyliny podaje się przez te rurki co 8 godzin. Koniecznym jest, aby penicylina przeciekała do miejsca uszkodzenia w ciągu najmniej 6-ciu do 8-miu godzin. Penicyliny nie można skutecznie stosować do irygacji.

E. Zastrzyki miejscowe. Penicylinę w stężeniu 5,000 jedn. na 1 ccm wstrzykuje się do jam empyema, jam stawowych i jam ropnych abscesów w różnych dawkach od 20,000 do 40,000 jednostek oxf., zależnie od rozmiarów jamy. Do abscesów mózgu należy penicylinę rozpuścić w stężeniu 1,000 jedn. na 1 ccm.

O dodatkowe informacje o penicylinie należy zwracać się do Wojennego Departamentu Biuletynów Technicznych (BU-Med News Letters lub innych urzędowych publikacji).

(Pharmaceutical Division-Commercial Solvents Corporation Terre Haute, Ind. U. S. A.).

Z IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

ODEZWA

Naczelna Izba Lekarska w Warszawie apeluje do Kolegów, aby za pośrednictwem Izb Lekarskich ewent. przez lekarzy powiatowych składali w Naczelnej Izbie Lekarskiej dary w książkach lekarskich.

Wszyscy lekarze warszawscy stracili swe biblioteki, a ten sam los spotkał księgozbiory Uniwersyteckie i Towarzystwa Lekarskiego.

Zamieszkali na prowincji Koledzy posiadają napewno nieużywane roczniki wydawnictw lekarskich, książek, kalendarzy itp., które byłyby z wdzięcznością czytane przez pozbawionych książek lekarzy.

KOMUNIKAT

Izba Lekarska w Krakowie przypomina Kolegom przepisy o ogłaszaniu się lekarzy ogłoszone w Nr 7 Dziennika Urzędowego Izb Lekarskich z 1938 r.:

§ 1. Ogłoszenia lekarzy w dziennikach nie mogą mieć cechy reklamy i winny odpowiadać przepisom o ogłaszaniu się lekarzy.

§ 2. Ogłoszenie lekarza w dziennikach może zawierac tylko imię i nazwisko, stopień naukowy (doktór, docent, profesor) stanowisko szpitalne (dyrektor, kierownik, prymariusz, ordynator, asystent, sekundariusz z podaniem właściwego szpitala), specjalność w najogólniejszym określeniu (por. § 12), adres lokalu ordynacyjnego, godziny przyjęć, numer telefonu oraz wyrazy „osiedlił się“, „powrócił“, „przeprowadził się“, „wyjechał“, „wznowił przyjęcia chorych“ itp. Nowowpisujący się do Izby lekarz musi przedłożyć Izbie Lelarskiej projekt ogłaszania się, tytuł na receptach i tabliczce, która ma być umieszczona zewnątrz domu.

W miejscowościach pozbawionych miejscowej prasy lekarz ogłasza rozpoczęcie praktyki w sposób zatwierdzony przez Izbę.

§ 3. Ogłoszenia w dziennikach o osiedleniu się, rozpoczęciu praktyki, zawiadomienie o zmianie mieszkania, wyjeździe, powrocie lub wznowieniu przyjęć (po conajmniej 2-tygodniowej nieobecności lub chorobie) mogą być umieszczane w dziennikach miejscowych w rubryce „Nadesłane“ 6 razy w okresie najbliższych dwóch tygodni.

W wyjątkowych wypadkach wykonywania praktyki w miejscowości, w której lekarz jest narażony na nielekarską konkurencję Zarząd Izby Lekarskiej może udzielić zezwolenia na pewne odchylenia zarówno co do treści pierwszego ogłoszenia przeznaczonego do dzienników miejscowych, jak i co do częstości ogłoszeń, o ile lekarz ten wniesie umotywowane podanie o takie zezwolenie.

§ 4. Ogłoszenia w zawodowych pismach lekarskich są dopuszczalne bez żadnego ograniczenia.

§ 5. Pomieszczanie nazwisk lekarzy dla celów reklamy w ogłoszeniach i drukach farmaceutycznych o środkach lekarskich, w kalendarzach, książkach telefonicznych w dziale ogłoszeń, przewodnikach turystycznych, wydawnictwach firm itp. jest niedopuszczalne.

§ 6. Ogłaszanie w prasie podziękowań z wiedzą lekarza, albo ogłaszanie listów dziękczynnych pacjentów do lekarzy jest bezwzględnie wzbronione.

§ 7. Ogłoszenie o lecznicach, domach zdrowia itp. podlegają przepisom ogólnym o przedsiębiorstwach przemysłowych z zastrzeżeniem, że w ogłoszeniach tych nie mogą być wymienione nazwiska lekarzy lecznicy, o ile nie są wyłącznymi właścicielami lecznicy.

§ 8. Używanie tytułów mogących w jakikolwiek sposób wprowadzić w błąd publiczność oraz używanie tytułów uzyskanych zagranicą jest bezwzględnie wzbronione i to tak w ogłoszeniach wszelkiego rodzaju jak i na blankietach receptowych oraz na tabliczkach orientacyjnych.

§ 9. Profesorowie, docenci i asystenci uniwersytetów polskich mogą używać swego tytułu na tablicy i na receptach bez żadnego dodatku tylko wówczas, jeżeli są profesorami wzgl. docentami lub asystentami tej właśnie specjalności, w której wykonują praktykę lekarską. W przeciwnym razie mogą używać tytułu profesora, docenta, asystenta jedynie z podaniem wykładanego przedmiotu.

Lekarze piastujący stanowiska szpitalne lub kliniczne mogą używać tytułów podanych w § 2 z po-

daniem szpitala, ci zaś, którzy zaprzestali je piastować z dodatkiem „były“.

§ 10. Nie wolno używać tytułów ogólnikowych, mających na celu tylko reklamę jak np. „były lekarz klinik lub szpitali zagranicznych“ lub „były lekarz szpitala X“.

§ 11. W ogłoszeniach tak w dziennikach jak i na wywieszkach oraz na blankietach receptowych nie wolno szczegółowo wymieniać form chorobowych.

Należy jedynie poprzestać na najogólniejszym określeniu specjalności w sposób w klinikach używany (np. choroby wewnętrzne, kobiece, nosa, gardła, nerwowe, umysłowe, analizy lekarskie, kosmetyka lekarska).

Nie wolno w ogłoszeniach i na wywieszkach wymieniać lub wyliczać posiadanych aparatów.

Lekarze posiadający, odpowiednie aparaty i odpowiednie wyszkolenie mogą używać napisu „lecznictwo fizykalne“.

§ 12. Używanie tytułu „specjalisty“ pewnego działu lekarskiego jest dopuszczalne tylko po uzyskaniu zezwolenia Zarządu Izby Lekarskiej na umotywowane podanie z załączeniem dowodów odbytych przynajmniej 3-letnich (działy operacyjne) studiów w zakresie danej specjalności.

§ 13. Od ulicy przy wejściu do domu, w którym lekarz przyjmuje chorych, można umieścić tabliczkę o wymiarach 30—40 cm, z wymienieniem imienia, nazwiska, tytułu, specjalności i godzin przyjęć. Podobną tabliczkę wolno umieścić także i wewnątrz domu, mieszczącego lokal ordynacyjny. Natomiast umieszczanie tego rodzaju tablic z jakimikolwiek ogłoszeniami poza obrębem domu, w aptekach, miejscach i lokalach publicznych oraz na słupach jest bezwzględnie wzbronione.

Izba Lekarska zwróci się do Miejskiego Urzędu Zdrowia z prośbą o zdjęcie szyldów, które nie odpowiadają przepisom, a zwłaszcza szyldów zawiadamiających o leczeniu żylaków, o tym że właściciel szyldu jest specjalistą od hormonów itp.

Ponieważ zdjęcie szyldu przez władze administracyjną zawsze jest połączone z nieprzyjemnymi dla lekarza komentarzami otoczenia, Izba Lekarska wzywa Kolegów, których szyldy nie odpowiadają przepisom, o zmianę tych szyldów.

L. dz. 1513/45 Kraków, dnia 13 XI 1945 r.

Do Izby Lekarskiej wpłynęło pismo z podpisem „Wszyscy Koledzy z miasta T... i okolic“ w sprawie lekarzy i ich rodzin którzy w czasie okupacji zgłosili swą przynależność do narodu niemieckiego.

Ponieważ pod tym pismem nie ma ani jednego podpisu, Izba Lekarska uważa to pismo za anonim i z tego powodu nie rozpatrzy go.

Sekretarz
Dr M. Ciećkiewicz

ZE ZWIĄZKU ZAWODOWEGO LEKARZY R. P.

SPRAWOZDANIE SEKCJI SAMOPOMOCY LEKARZY Z DN. 12 LISTOPADA 1945 R.

Sekcja Samopomocy lekarskiej, utworzona przez Związek Zawodowy Lekarzy R. P. ma w tej chwili w ewidencji ponad 100 osób dorosłych i około 16 dzieci nieletnich. Z tego poza Krakowem znajduje się 24 osoby, reszta jest na terenie Krakowa. W tej liczbie mamy w tej chwili 4 lekarzy niezdolnych do pracy wraz z żonami (8 osób), 2 lekarki niezdolne do pracy, z których jedna ma starą chorą matkę, 8 lekarzy repatriantów (+ 3 żony), 38 wdów, 18 żon mężów nieobecnych od czasu okupacji niemieckiej, 2 matki lekarzy nieobecnych.

W niektórych przypadkach nie dało się jeszcze nawiązać osobistego kontaktu, gdyż albo adresy podopiecznych były mylnie podane, albo podopieczne nie zgłaszają się pomimo wezwania.

Miejscem pracy głowy rodziny była w 14 przypadkach Izba Warszawska, w 3 Wileńska, w 3 Izba Katowicka, w 11 Lwowska, w 1 Lubelska, w 1 Łódzka, w 1 Poznańska, w pozostałych Krakowska. Wskutek napływu repatriantów — liczby te rosną.

Szereg wdów już w latach przedwojennych pobierał po śmierci męża premię ubezpieczeniową, obecnie jednak potrzebują one dalej pomocy.

Spośród wdów względnie żon lekarzy najfatalniejszym jest położenie tych, które musiały się przesiedlić.

Dzieci są przeważnie małoletnie. Dorosłych, jakkolwiek w niektórych przypadkach obciążają one swoje matki i tym samym zmuszają je do szukania pracy — nie bierzemy pod rozwagę.

Praca Sekcji Samopomocy polegała na:

a) pieniężnej pomocy doraźnej. Najwyższa kwota wynosi tu 1000 zł, najniższa 300. O wysokości kwoty decydują wspólnie Panie Opiekunki.

b) Na staraniach o umieszczenie podopiecznych w schroniskach, gdzie zachodzi tego potrzeba. Schroniska nie są popularne i dlatego Zarząd Związku planuje kreowanie schroniska własnego.

c) W jednym przypadku Sekcja uzyskała z Ministerstwa Zdrowia uznanie zasług zmarłego męża podopiecznej, której z tego tytułu wyasygnowano 2000 złotych.

d) W szeregu przypadków Sekcja poszukuje odpowiedniego zajęcia dla podopiecznych.

e) Sekcja stara się o leki. Tu przychodzi z pomocą Ubezpieczalnia Społeczna, po za tym został nawiązany kontakt z Polskim Czerwonym Krzyżem do Zarządu którego wniesiono pismo z prośbą o współpracę.

f) Wreszcie Sekcja czyni starania o zyskanie odzieży dla podopiecznych z darów UNRRA. Wobec bardzo biurokratycznego postawienia sprawy — jest to robota ciężka, a wobec jakości darów — mało wdzięczna.

Bez mała wszyscy podopieczni ubiegają się o zapomogi pieniężne i o odzież.

Sześć osób ubiegało się o przyjęcie do schronisk, w których przebywa obecnie z grona podopiecznych już osiem osób.

Liczni pragną szyb i węgla.

Ponad 12 osób kładzie nacisk na zdobycie pracy.

Zapotrzebowanie lekarstw jest znaczne, okularów trzeba było w 2 wypadkach.

Naogół położenie podopiecznych jest niemal katastrofalne. Zbliżająca się zima, brak węgla i odpowiedniej odzieży pogorszy je znacznie.

W sprawie podopiecznych z prowincji Związek Lekarzy R. P. wystosował pisma do wszystkich Obwodów. Dotąd nadeszła odpowiedź z Brzeska, gdzie Obwód utrzymuje jedną wdowę.

Izba Katowicka wypłaca jednej z podopiecznych 500 zł miesięcznie.

Kraków dnia 3XI 1945 r.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

Wrocław. Obszar Dolno-śląski obejmuje 28 obwodów administracyjnych, odpowiadających mniejwięcej powiatom, z 74 miastami i miasteczkami. W samym Wrocławiu pracuje obecnie około 70 lekarzy. Ogólna liczba lekarzy na obszarze Dolno-śląskim nie jest dokładnie znana, w niedługiej przyszłości na obszarze Dolno-śląskim przekroczy prawdopodobnie liczbę 400-tu.

Okręgowa Izba Lekarska Dolno-śląska miała początkowo mieć siedzibę w Lignicy, jako mieście wojewódzkim. Ze względu jednak na bliskie otwarcie Uniwersytetu Wrocławskiego i spodziewane w ciągu listopada przeniesieuie Urzędu Wojewódzkiego do Wrocławia właściwszą siedzibą dla Dolnośl. Izby Lek. byłby Wrocław. Celem ukonstytuowania Tymczasowego Zarządu odbyło się dnia 23. X. 45 zebranie lekarzy wrocławskich, na którym wybrano na prezesa dra Knappe'go, sekretarza dra Gierszewskiego, skarbnika dra Bojkę, na Członków Zarządu dra Szpilczyńskiego, dra Adamka i dra Trojanowskiego.

Tymczasowy Zarząd ma wszcząć kroki w sprawie ostatecznego utworzenia Okręgowej Izby Lekarskiej obszaru Dolnośląskiego i załatwić bieżące sprawy podpadające pod kompetencję Izb Obwodowych.

Wrocław. Uniwersytet Wrocławski otworzył wpisy na wszystkich wydziałach w czasie od 5 — 12 listopada br.

Kandydaci na Wydział Lekarski składają egzamin konkursowy 13 i 14 listopada br. Na razie czynne będą pierwsze 3 lata medycyny. Na pierwszy rok spodziewane jest przyjęcie około 200 słuchaczy. Ogółem przyjętych na Uniwersytet będzie 1500 — 2000 słuchaczy.

Bratnia Pomoc słuchaczy Uniwersytetu Wrocławskiego liczyła przed rozpoczęciem wpisu około 500 zarejestrowanych. Przewidziane są Domy Akademickie, które pomieszczą wszystkich słuchaczy Uniwersytetu. Ministerstwo Zdrowia ofiarowało 70—100 stypendiów po 1000 zł miesięcznie. Wniosek o przyznanie stypendium będzie opiniowany także przez Bratnią Pomoc słuchaczy. Na terenie Uniwersytetu zorganizowana jest uzbrojona Straż Akademicka, która dobrze się zasłużyła przy ratowaniu stosunkowo bogatych zbiorów uniwersyteckich przed elementem zbrodniczym, w pierwszym okresie prac organizacyjnych.

Uniwersytet we Wrocławiu założony został w r. 1501. Tradycyjna nazwa uniwersytetu ,,Universitas Vidriana Wratislawiensis'' czyli Wszechnica Nadodrzańska we Wrocławiu została kilkadziesiąt lat temu zmieniona na ,,Schlesische Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau''. W herbie miasta Wrocławia dotąd istnieje litera ,,W'', pochodząca od starej nazwy miasta ,,Wratislaw''. Cesarz Leopold I (ten sam, któremu na odsiecz stolicy spieszył nasz Jan III) ofiarował literę ,,W'' w złocie wykutą uniwersytetowi.

Otwarcie wpisów na Uniwersytecie Wrocławskim jest wydarzeniem o historycznym znaczeniu.

W Kurierze Codziennym z dnia 24. 7 45 wychodzącym w Warszawie ukazał się artykuł „Walczymy o dobro przyszłych pokoleń", w którym autor (Kr) omawia referat prof. Waltera na konferencji lekarzy wenerologów zwołanej przez Ministerstwo Zdrowia i podnosi odważne postawienie zagadnień wenerologii przez profesora Waltera, które jest konieczne, gdyż ma na celu przeciwdziałanie zagrażającemu zwyrodnieniu przyszłych pokoleń narodu.

Do Izby lekarskiej w Krakowie wpłynęło z Obwodu częstochowskiego Związku Lekarzy R. P. następujące zażalenie:

Znak: Org. 21/45 Do Izby Lekarskiej w Krakowie Krupnicza 11 a

Częstochowa dnia 24 września 1945 r.

Pismem z dnia 7 sierpnia b. r. zawiadomił nas Związek Pracowników Służby Zdrowia Sekcja Lekarzy w Łodzi o mającym się odbyć w dniu 30 września b. r. Zjeździe ogólnopolskim lekarzy, członków Zawodowych Związków Lekarzy.

Na pismo to Zarząd tut. Obwodu Związku Lekarzy R. P. odpowiedział, że weźmie udział w Zjeździe, zastrzegając się równocześnie, że stanowisko tut. Obwodu jest odmienne, co do rozszezronego Związku wedle wzoru Łódzkiego, że mianowicie stoimy na stanowisku, iż lekarze winni się zorganizować jedynie w ramach ściśle lekarskich z ewentualną kooptacją zawodów mających bezpośredni kontakt z medycyną. Mieliśmy na myśli lekarzy dentystów i ew. dyplomowane pielęgniarki z wykształceniem uniwersyteckich szkół pielęgniarek. Uważaliśmy, że sprawę tę należy odłożyć do przedyskutowania na Zjeździe w tym celu zwołanym.

Stanowisko to przedstawiliśmy Izbie Lekarskiej w Krakowie pismem z dnia 30 sierpnia b. r. Znak: Org. 15/45 celem akceptowania.

Pismem z dnia 17 b. m. zawiadomił nas Związek Łódzki, że proponowany Zjazd nie odbędzie się, a to z powodu odnowy zezwolenia na Zjazd przez Centralną Komisję Związków Zawodowych w Warszawie.

Decyzję Centralnej Komisji Związków Zawodowych uważamy za naruszenie swobody zrzeszania się i pozbawienie stanu lekarskiego możności organizacyjnej pracy oraz stawianie lekarzy przed konsekwencją niemożności korzystania ze zdobyczy, jakie są przewidziane w państwie demokratycznym dla ludzi pracy.

Przeciw tej decyzji CKZZ w Warszawie Związek tut. zakłada na ręce Izby Lekarskiej w Krakowie protest.

Wobec ważności definitywnego zorganizowania się i ujęcia stanu lekarskiego w ramy organizacji obowiązującej na całym terenie Polski, Zarząd Obwodu Częstochowskiego Związku R.P. pozwala sobie prosić Izbę Lekarską o zorganizowanie Ogólnopolskiego Zjazdu Lekarzy w Krakowie, celem definitywnego i jednolitego przeprowazenia zrzeszenia lekarzy na terenie Rzeczypospolitej.

Mamy nadzieję, że apel nasz podyktowany troską o los Związku, znajdzie całkowite zrozumienie w Izbie Lekarskiej.

Sekretarz — Wiceprezes

Dr Wł. Jaroń — *Dr P. Szaniawski*

Nie przesądzając jakie w tej sprawie zajmie ostateczne stanowisko Izba Lekarska i Zw. L., Redakcja odsyła czytelników do notatki w Nr 2 „Przeglądu Lekarskiego" pt. Świat lekarski na rozdrożu (str. 19). Rzecz zupełnie niezrozumiała. Lekarzom przeszkadza się w zjeździe, na którym pragnęliby się naradzać nad niesłychanie ważnymi dla organizacji zdrowia publicznego sprawami... Lekarze zgrupowani w swoich zawodowych, a więc fachowych związkach, będą wykonawcami uspołecznionej służby zdrowia, którą wykonywać będą pod również fachowym nadzorem Ministerstwa Zdrowia. Nad zagad-

nieniami z tą służbą związanymi, zagadnieniami fachowymi i organizacyjnymi muszą się naradzać i to nie na jednym zjeździe, ale na całym ich szeregu. Ktokolwiekby się temu sprzeciwiał, przeciwdziałałby niesłychanie ważnej i pilnej pracy państwowotwórczej.

Ponieważ Redakcja wyklucza możliwość takiego przeciwdziałania z jakiejkolwiek strony, a tymbardziej ze strony C. K. Z. Z. wykazującej tyle społecznego dynamizmu, uważa sprawę za wynik jakiegoś przykrego nieporozumienia, które zapewne wkrótce się wyjaśni.

Redakcja

KONKURS

Starosta powiatowy miechowski Nr S. I. 5 21/45
Miechów, dnia 12 listopada 1945 roku.

Wydział Powiatowy w Miechowie na mocy przepisów Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr 28, poz. 382) o zakładach leczniczych oraz na podstawie zarządzenia Wojewódzkiego Urzędu Krakowskiego z dnia 19 października 1945 r. L. Ł. I-4 b /54/45 ogłasza konkurs na stanowisko dyrektora Szpitala Powiatowego Związku Samorządowego pod wezwaniem św. Anny w Miechowie.

Kandydaci ubiegający się o nadanie tego stanowiska winni dołączyć do podania następujące załączniki:

1) Poświadczenie obywatelstwa polskiego (wierzytelny odpis),
2) Dyplom lekarski uznany przez Państwo Polskie,
3) Prawo wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim,
4) Dowody specjalnych kwalifikacji, ze szczególnym uwzględnieniem gruntownej znajomości chirurgii i ginekologii operacyjnej, leczenia fizykalnego, oraz znajomości rentgenologii,
5) Dowody beznagannej przeszłości,
6) Życiorys własnoręcznie napisany.

Do stanowiska tego przywiązane są pobory grupy VI-tej.

Podanie należy wnosić do Wydziału Powiatowego w Miechowie (Starostwa Powiatowego, Referat Samorządowy) w nieprzekraczalnym terminie do dnia 31 grudnia 1945 roku.

Przewodniczący Wydziału Powiatowego
Starosta Powiatowy
Smulski Julian

OGŁASZANIE POLSKICH PRAC NAUKOWYCH LEKARSKICH W CZASOPISM. FRANCUSKICH.

Istnieje możliwość ogłaszania polskich prac naukowych lekarskich w czasopismach francuskich za pośrednictwem Twa Polsko-Francuskiego i Ministerstwa Spraw Zagranicznych. Prace, wyłącznie oryginalne, w języku francuskim i możliwie małej objętości należy przesyłać pod adresem: Doc. dr med. Andrzej Biernacki, Warszawa, ulica Koszykowa 35 m. 18.

W wyjątkowych przypadkach można przesyłać prace w języku polskim, angielskim lub niemieckim; ograniczona liczba takich prac będzie mogła być przetłumaczona w Paryżu na język francuski.

B. minister Hoare w Polsce. Jak donosi PAP. przybył do Warszawy Sir Adair Hoare. b. minister angielski z małżonką, znani jako przyjaciele Polski, którzy przez 5 lat wojny opiekowali się rannymi lotnikami, żołnierzami i marynarzami polskimi. Do Polski zaproszeni zostali przez Ministra Pracy i O.S. Stańczyka. Celem ich podróży jest zapoznanie się z potrzebami ludności polskiej i ofiarowanie Polsce 100 ton leków, żywności i odzieży oraz 2 kompletnie urządzonych szpitali.

Wydział Powiatowy w Rzeszowie L. dz.: 1039/45.
Rzeszów, dnia 21. listopada 1945

Wydział Powiatowy w Rzeszowie ogłasza

KONKURS

na stanowisko Dyrektora-chirurga Szpitala powszechnego w Rzeszowie za wynagrodzeniem według VI. grupy płac urzędników samorządowych wraz z dodatkiem funkcyjnym w kwocie 1000 zł miesięcznie.

Ubiegający się o posadę kandydaci przedłożą Wydziałowi powiatowemu w Rzeszowie podanie **w terminie do 28. grudnia 1945 r.** dołączając:

1. Metrykę urodzenia.
2 Dowód obywatelstwa polskiego.
3 Dyplom ukończenia Wydziału lekarskiego na jednym z Uniwersytetów Pelski.
4. Dowód conajmniej trzyletniej praktyki na Oddziale chirurgii Kliniki uniwersyteckiej, lub pięcioletniej praktyki szpitalnej.
5. Własnoręcznie napisany życiorys.

Przewodniczący Wydziału pow.:
(Mgr. Tadeusz Kulas)
Starosta

NA WZNOWIENIE „PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO" ZŁOŻYLI:

zł 500
Dr Stoch Stanisław z Sosnowca

zł 100
Dr Pasierbiński Konrad z Zawiercia — Prof. dr Bujak Władysław z Krakowa

Rok I Seria II Kraków Nr 9—10 (1—15 listopada 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11 a m. 11
Tel. 543-16
Konto P. K. O. Nr IV-310

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie Redaktor odpowiedzialny: dr J. Hozer

Rok I Seria II Kraków Nr 9—10 (1—15 listopada 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11a m. 11
Tel. 543-16
Konto P. K. O. Nr IV-310

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie Redaktor odpowiedzialny: Dr J. Hozer

Prof. dr TADEUSZ TEMPKA Kraków

Erytroblastozy, erytremie *)

W przedstawionych dotychczas rodzajach niedokrwistości czynnikiem patogenetycznym było w pierwszym rzędzie upośledzenie czynności układu erytroblastycznego; niekiedy jak np. w niedokrwistościach hemolitycznych, występuje wprawdzie wyraźnie wzmożona czynność tego układu, lecz jest ona tu zjawiskiem wtórnym, odrodczym, spowodowanym przez pierwotnie wzmożony proces hemolityczny, którego nasilenie przewyższa jednak spotęgowanie czynności erytroblastycznej. Natomiast w grupie schorzeń, stanowiących przedmiot tego rozdziału, bezpośrednim podłożem patogenetycznym niedokrwistości jest pierwotnie wzmożona, lecz chorobowo spaczona czynność układu erytroblastycznego. Rozwój i znajomość tego działu patologii hematologicznej dokonały się dopiero w ostatnich kilkunastu latach, dzięki, w pierwszym rzędzie, szkole włoskiej z Di Guglielmem na czele, oraz dzięki szkole francuskiej, mającej przedstawiciela na tym polu głównie w osobie E. Weila. Że jeszcze i dzisiaj szereg podręczników, nawet nowszych, albo wcale nie poświęca erytroblastozom odrębnego rozdziału, albo zbywa je kilku wierszami, względnie w ogóle o nich nie wspomina, to przyczyn jest tu parę; za najważniejszą uważam wielką lukę w badaniach hematologów dawniejszych, mianowicie ich nieznajomość badań bioptycznych, bez których nie można w ogóle przystąpić do zagadnienia erytroblastoz. Następną przeszkodą w rozwoju tego działu były mylne rozważania teoretyczne, że wzmożenie czynności układu erytroblastycznego musi siłą faktu wieść i do wzmożenia ilości ciałek czerwonych, a więc do przeciwieństwa niedokrwistości; jednakże należy tu uwzględnić, że procesowi hiperplastycznemu w erytroblastozach towarzyszy równocześnie i proces anaplastyczny, tj. równoczesne zahamowanie dojrzewania ciałek czerwonych, a więc ostatecznie i zmniejszenie ilości dojrzałych ciałek czerwonych, jedynych pełnowartościowych przenosicieli tlenu, i tym samym, jedynych czynników rozstrzygających o istnieniu lub nieistnieniu niedokrwistości. Wreszcie hamulcem w rozwoju nauki o erytroblastozach było i błędne stanowisko niektórych, nawet czołowych autorów, np. niemieckiego hematologa Pappenheima, który w r. 1914. odrzucił kategorycznie możność pierwotnej, oddzielnej hiperplazji układu erytroblastycznego.

Przed przystąpieniem do właściwego tematu, należy poruszyć jeszcze sprawę mianownictwa tych stanów chorobowych. Otóż nie ulega wątpliwości, że obie nazwy, tak francuska erytroblastozy, jak i włoska erytremie, są nieodpowiednio dobrane i budzą zastrzeżenia; przez erytroblastozę, określenie wprowadzone w r. 1912 przez Rautmanna, rozumiemy bowiem obecność we krwi obwodowej jądrzastych ciałek czerwonych, czyli erytroblastów; nazwa ta oznacza więc właściwie tylko objaw chorobowy, podobnie jak np. leukocytoza, granulocytoza, monocytoza itd., nie jest więc słusznie, mianem, oznaczającym jedynie objaw, określać całość kliniczną, na którą, poza obecnością erytroblastów we krwi obwodowej, składa się jeszcze szereg innych, ważniejszych objawów. Nazwa erytremia, wprowadzona przez szkołę włoską, na podobieństwo leukemii, powoduje zamieszanie, gdyż niektórzy autorzy, zwłaszcza niemieccy, stosują ją dla oznaczenia choroby Vaqueza. Jednakże obie te nazwy zostały wprowadzone przez autorów, względnie szkoły, które tu najwięcej mają do powiedzenia, a nadto zyskały już sobie prawo obywatelstwa, tak, że trudno by było je usunąć, wobec czego, należy je pozostawić.

Objaw erytroblastozy, tj. obecność ciałek czerwonych jądrzastych we krwi obwodowej, erytroblastemia, jest zjawiskiem bardzo częstym i spotykamy ją już w warunkach fizjologicznych, mianowicie

*) Wyjątek z rozdziału „Erytroblastozy, Erytremie" przedstawiający ogólną charakterystyką i podział erytroblastoz oraz z obrazów chorobowych tu należących, uwzględniający jedynie obraz „Ostrej Erytremii", mianowicie „Choroby Di Guglielma".

Ustęp wyjęty z mającego się ukazać podręcznika chorób krwi.

u noworodków w ciągu pierwszych dni względnie tygodni życia, w skąpej ilości około 3—4% normoblastów w stosunku do wszystkich ciałek czerwonych krwi obwodowej. Ponadto erytroblastemia towarzyszy całemu szeregowi stanów chorobowych; stwierdzamy ją tedy naprzód w znaczniejszych niedokrwistościach pokrwotocznych, gdzie szpik kostny jest bezpośrednio pobudzony do żywszej czynności krwiotwórczej, niż przy fizjologicznym ubytku ciałek czerwonych; tak np. Jolly wykazał na niedokrwistościach wywołanych krwotokami z dróg rodnych, że z chwilą, gdy ilość ciałek czerwonych w 1 mm³ spadnie poniżej 2,000.000, — normoblastemia, jest zjawiskiem stałym. Bardzo wybitna niekiedy normoblastemia występuje następnie w przebiegu niedokrwistości hemolitycznych, jak tego najwymowniejszym przykładem jest np. niedokrwistość hemolityczna ustrojowa oraz niedokrwistość drepanocytowa. Również niedokrwistości wywołane czynnikiem zakaźnym mogą przedstawiać czasem bardzo znaczną erytroblastemię, jak tego jaskrawy dowód mamy np. w chorobie Lederera-Brilla; to samo tyczy się i niedokrwistości będących następstwem zatruć, np. nitrobenzolem, dinitrofenolem, pirydyną, kwasem pyrogallusowym. Erytroblastoza pojawia się także i w przebiegu niedokrwistości wieku dziecięcego, wywołanych, ogólnie mówiąc, niedoborem pokarmowym, jak np. u dzieci żywionych wyłącznie mlekiem kozim, lub cierpiących na coeliakię. Tak samo i niedokrwistości z niedoboru mogą przebiegać z erytroblastemią; tak np. stwierdzamy ją w przebiegu choroby Addisona-Biermera, zwłaszcza w początkowym okresie energicznego leczenia wątrobowo-żołądkowego. Erytroblastemia występuje również i w asyderozie idiopatycznej, mianowicie w okresie leczenia żelazem. Znaną powszechnie jest nadto erytroblastemia, występująca po usunięciu śledziony.

Osobną grupę erytroblastoz towarzyszących innym schorzeniom, stanowią erytroblastezy występujące w przebiegu stanów chorobowych, polegających na rozwoju danej tkanki chorobowej na niekorzyść właściwego utkania szpikowego z następowym tworzeniem się pozaszpikowych ognisk krwiotwórczych, w pierwszym rzędzie w śledzionie, wątrobie i gruczołach chłonnych, a więc w narządach, które już w życiu płodowym pełniły czynność krwiotwórczą. Należą tu białaczka szpikowa, ogniska nowotworowe szpiku kostnego, tak pierwotne, jak i przerzutowe oraz rozsiane procesy osteosklerotyczne, w pierwszym rzędzie choroba Albersa-Schönberga.

Obecność erytroblastów we krwi obwodowej w przebiegu białaczki szpikowej, tak ostrej, jak i podostrej, przede wszystkim zaś przewlekłej, należy, zwłaszcza w późniejszych okresach choroby, do stałych zjawisk; są to, skąpe zazwyczaj normo-, rzadziej makroblasty. Niekiedy ta erytroblastemia może być nawet bardzo wybitna, tak, że wtedy powstają obrazy erytroleukemiczne. Erytroblasty krwi obwodowej pochodzą w tych przypadkach w pierwszym rzędzie z pozaszpikowych, zastępczych ognisk krwiotwórczych; przekonywujemy się o tym na podstawie badań bioptycznych, przede wszystkim na podstawie hemonielogramu, który wykazuje z jednej strony typowe zmiany białaczkowe szpiku kostnego w postaci tak hiperplazji układu leukoblastycznego, jak i jego zmian jakościowych, — z drugiej zaś strony upośledzenie, skurczenie się układu erytroblastycznego. W ten sposób erytroblasty krwi obwodowej nie są tu wyrazem i następstwem pierwotnej hiperplazji utkania erytroblastycznego szpiku kostnego, nie tworzą więc, w przeciwieństwie do zachowania się tego układu w pierwotnej, istotnej erytroleukemii, równorzędnego zjawiska do procesu białaczkowego, stanowiąc tym samym jedynie objawową erytroblastozę, względnie przyczyniając się do powstania obrazu również objawowej tylko erytroleukemii.

Ogniska nowotworowe szpiku kostnego, zwłaszcza rakowe, nadto mięsakowe i szpiczakowe, przebiegają z zasady z mniej lub więcej wyraźną, niekiedy bardzo wybitną erytroblastemią; zachowanie się krwi obwodowej w przypadku ognisk rakowych w szpiku kostnym przedstawiłem wyczerpująco już w jednym z poprzednich rozdziałów; podkreśliłem tam również występowanie w tych przypadkach niekiedy i odczynów „białaczkowatych", wskutek czego powstają obrazy erytroleukemiczne. Badanie bioptyczne szpiku kostnego wykrywa tu z jednej strony nie tylko brak bujania układu erytroblastycznego, ale nawet jego kurczenie się, a więc jedynie objawową erytroblastozę, mającą swe źródło, podobnie jak i erytroblastoza towarzysząca białaczce szpikowej, w pozaszpikowych ogniskach metaplazji erytroblastycznej; z drugiej strony w przypadkach równoczesnego odczynu „białaczkowatego", a więc przy obrazie erytrolekemicznym, hemonielogram wykazuje jedynie ilościowy odczyn układu leukoblastycznego, nie zaś, w przeciwieństwie do prawdziwej białaczki, jego bujanie z równoczesnymi zmianami jakościowymi; jednym słowem, mamy obraz tylko objawowej, a nie istotnej, pierwotnej erytroleukemii. Ważnym szczegółem, rozstrzygającym niekiedy o rozpoznaniu, jest wykazanie w hemonielogramie danych komórek nowotworowych.

Wreszcie i procesy osteosklerotyczne, przede wszystkim choroba Albersa-Schönberga, a więc stany chorobowe mające za podłoże zmian hematologicznych, jak to przedstawiłem w odnośnym rozdziale, zanikanie utkania szpikowego, — mogą przebiegać z erytroblastemią, a czasem i z odczynem białaczkowatym, stwarzając tym samym obrazy erytroleukemiczne. Hemonielogram wykazuje tu brak bujania układu erytroblastycznego w szpiku kostnym i ewentualnie tylko ilościowy odczyn układu leukoblastycznego; natomiast spleno-hepatogram wykrywa ogniska metaplazji szpikowej w śledzionie oraz wątrobie, a więc znowu mamy jedynie objawową erytroblastozę, względnie erytroleukemię.

Objaw erytroblastemii towarzyszącej tym najrozmaitszym stanom chorobowym ma jedną wspólną cechę, mianowicie, że jest on tu wyrazem wyrównawczego odczynu ze strony układu erytroblastycznego, wywołanego nadmiernym niszczeniem ciałek czerwonych przez te najrozmaitsze

czynniki patogenetyczne, jak krwotoki, nadmierna hemoliza, zatrucia, czynnik zakaźny, niedobór pokarmowy oraz bezpośrednie niszczenie utkania szpikowego przez obcą tkankę. Erytroblastemia występująca w przebiegu tych rozmaitych stanów chorobowych jest tedy sprawą następową, wtórną, jest tylko miernikiem zdolności odrodczej układu erytroblastycznego. Ważną cechą tej erytroblastemii jest nadto przeważnie jej niestałość, jej przejściowość, tzn., że występuje ona tak długo, jak długo ubytek krwinek czerwonych w danym wypadku wymaga wzmożonej czynności erytroblastycznej. Podkreślić wreszcie należy, że we krwi obwodowej występują tu prawie z zasady erytroblasty z dojrzałą już protoplazmą i dojrzałym jądrem; również i w szpiku kostnym nie stwierdzamy zasadniczo pierwotnego zahamowania w dojrzewaniu erytroblastów; wprawdzie w niektórych wyliczonych powyżej sprawach chorobowych, jak np. w asyderozie idiopatycznej lub chorobie Addisona-Biermera występuje to zaburzenie w dojrzewaniu erytroblastów, lecz jedynie, w przeciwieństwie do właściwych erytroblastoz, jako sprawa następowa, wywołana czy to brakiem żelaza czy czynnika Castle'a. Wreszcie podnieść należy, że erytroblasty w omówiomych tu erytroblastemiach, towarzyszących rozmaitym schorzeniom, nie okazują zmian zwyrodnieniowych, że nie zachodzi tu więc, w przeciwieństwie do właściwych erytroblastoz, zwłaszcza o ostrym przebiegu, — objaw paraerytroblastozy.

Na podstawie przytoczonych wyżej cech tych erytroblastemij, w pierwszym rzędzie zaś ze względu na ich charakter wtórny, jedynie objawowy, nie możemy łączyć ich w osobną grupę, gdyż w ten sposób znalazłyby się w jednym dziale najróżnorodniejsze schorzenia nie mające ze sobą ani pod względem patogenetycznym, ani klinicznym nic wspólnego, poza jedynie samą przez się niecharakterystyczną, erytroblastemią. Możemy mówić w tych przypadkach jedynie o erytroblastozach, względnie erytroleukemiach objawowych, przy czym należy wyszczególnić daną zasadniczą jednostkę kliniczną, a więc np. żółtaczkę hemolityczną ustrojową, niedokrwistość pokrwotoczną itd., zaznaczając, że przebiega oną z erytroblastozą, lub raczej erytroblastemią, względnie okazuje odczyn erytroleukemiczny. Wyraz temu dałem umieszczając te rozmaite schorzenia w rozmaitych odrębnych działach, biorąc za podstawę przydziału do danej grupy schorzeń zasadniczy, istotny czynnik patogenetyczny.

Erytroblastozy istotne, pierwotne

W przeciwieństwie do erytroblastemij towarzyszących jako jeden z wtórnych objawów całemu szeregowi omówionych powyżej schorzeń, — stwierdzamy zupełnie inne zachowanie się układu erytroblastycznego w pierwotnych, istotnych erytroblastozach; mianowicie, poza erytroblastozą wieku dojrzałego (Maladie érythroblastique de l'adulte, E. Weil), gdzie zachodzi prawdopodobnie czynnik zakaźny, jednakże różnoraki, tak, że musimy przyjąć równoczesne istnienie jakiegoś swoistego odczynu danego ustroju, — nie możemy tu naprzód wykazać żadnej uchwytnej przyczyny dla wzmożonej czynności erytroblastycznej, tak, że musimy ją uważać za sprawę pierwotną, będącą w niektórych postaciach erytroblastoz samą przez się istotą danego obrazu chorobowego, w innych zaś czynnikiem równorzędnym z innymi zasadniczymi objawami. Erytroblastoza nie jest tu tedy wyrazem odrodczej, wyrównawczej czynności układu erytroblastycznego, tylko wyrazem i następstwem zaburzeń w samym rozwoju erytroblastów, jest zjawiskiem dysgenetycznym. Erytroblastoza jest tu następnie, w przeciwieństwie do erytroblastemij objawowych, zjawiskiem zmieniającym wprawdzie w przebiegu danego obrazu klinicznego swe nasilenie, lecz zjawiskiem stałym. Oczywiście, mówiąc tu o erytroblastozie jako o sprawie „pierwotnej", musimy sobie uprzytomnić, że jest ona tak długo „pierwotną", dopóki nie poznamy czynnika ją wywołującego.

Podobnie jak i erytroblastozy, względnie erytroleukemie objawowe nie stanowią jednolitej grupy, tak samo trzeba to powiedzieć i o erytroblastozach istotnych. Mianowicie należy tu cały szereg schorzeń, które mają wprawdzie pewne wspólne cechy, właśnie w postaci pierwotnej hiperplazji układu erytroblastycznego i powiększenia śledziony i wątroby z powodu szpikowej metaplazji tych narządów, — jednakże różnią się między sobą całokształtem objawów klinicznych, przebiegiem przewlekłym lub ostrym, występowaniem w pewnym określonym wieku chorych, różnym dla różnych postaci erytroblastoz, obecnością lub brakiem podłoża ustrojowo-rodzinno-rasowego, a nadto dodatnim oddziaływaniem na przetaczanie krwi lub brakiem dodatniego wpływu tego leczenia. Dlatego też rozpoznanie „erytroblastoza" samo przez się jeszcze nic nie mówi. względnie bardzo mało, tak, że zawsze musimy dokładnie określić, jaki obraz kliniczny erytroblastozy istotnej mamy na myśli, np. choroba Cooleya, choroba Di Guglielma itd. Jak już na początku podkreśliłem, nazwa erytroblastoza jest tu nieodpowiednia, gdyż naprzód kryje się pod nią szereg różnych obrazów klinicznych, a ponadto obejmuje ona tylko jeden objaw, nie uwzględniając całokształtu klinicznego; jednakże nazwa ta jest już tak utarta, że trudno się silić na zastąpienie jej inną więcej odpowiednią.

Nauka o erytroblastozach jest jeszcze stosunkowo młoda i panuję tu jeszcze duże zamieszanie nie tylko co do używania przez rozmaitych autorów najrozmaitszych nazw dla określenia tej samej sprawy chorobowej, co oczywiście jeszcze bardziej zwiększa chaos, — lecz nie ma nadto i uzgodnienia co do zasadniczego ujęcia poszczególnych erytroblastoz. Niewątpliwie przyszłe badania sprowadzą tu niejedną zmianę i sprostowanie dotychczasowych poglądów.

Erytroblastozy pierwotne można ująć w następujące grupy:

A. Erytroblastozy ustrojowo-rodzinno-rasowe.

Grupa I

Erytroblastozy najwcześniejszego „okołoporodowego" okresu życia, mianowicie obejmującego ostatnie miesiące życia wewnątrzmacicznego, poród i pierwsze dni życia pozamaciczengo — występu-

jące tedy jedynie u płodu i noworodka. Przebiegają one pod następującymi trzema postaciami:

a) *Anasarca foeto-placentaris*, puchlina płodu, choroba Schridde'go-Rautmanna, *Erythroleucoblastosis vel Leuco-erythroblastosis foetalis*, Gierke.

b) *Icterus familiaris gravis*, rodzinna ciężka żółtaczka noworodków, choroba Pfannenstiela.

c) *Anaemia gravis neonatorum primaria*, Ecklin. Ciężka, pierwotna niedokrwistość noworodków.

Grupa II

Erytroblastozy wieku dziecięcego:

a) Choroba Cooleya, *Erythroblastic anemia* T. B. Cooley. *Mediterranean disease*, schorzenie występujące z zasady tylko u dzieci, tak w pierwszym jak i w drugim okresie dzieciństwa, wyjątkowo u osobników dorosłych.

b) Niedokrwistość typu Jaksch-Hayem-Luzet, mianowicie jej postać rodzinna, pojawiająca się w pierwszym okresie dzieciństwa, najczęściej między 6 miesiącem, a drugim rokiem.

Do erytroblastoz pierwotnych, ustrojowo-rodzinnych wieku dziecięcego zaliczają nadto niektórzy jeszcze niedokrwistość hemolityczną ustrojową typu Chauffard-Minkowski, niedokrwistość drepanocytową dzieci murzyńskich oraz niedokrwistość osteosklerotyczną typu Albers-Schönberg. Jednakże, jak już poprzednio podkreśliłem, należy je zaliczyć, mimo ich tła wybitnie ustrojowo-rodzinnego, do erytroblastoz objawowych, gdyż odczyn erytroblastyczny w niedokrwistości hemolitycznej ustrojowej oraz w niedokrwistości drepanocytowej jest następstwem pierwotnie wzmożonej hemolizy, a więc sprawą następową; w chorobie zaś Albersa-Schönberga pierwotną sprawą są zaburzenia szkieletowe, wywołujące dopiero wtórny odczyn erytroblastyczny. Ponadto wszystkie te trzy schorzenia nie są bynajmniej właściwością wyłącznie wieku dziecięcego, a zwłaszcza żółtaczka hemolityczna ustrojowa występuje przede wszystkim w wieku dojrzałym.

B. Podczas gdy erytroblastozy pierwotne objęte grupą A. występują wyłącznie lub prawie wyłącznie w najwcześniejszych okresach życia i w wieku dziecięcym, to erytroblastozy pierwotne ujęte w grupie B. nagabują już to każdy okres rozwoju ludzkiego, już to tylko osobników wieku dojrzałego. Można je podzielić na dwie podgrupy:

1) Postać ostra, mianowicie Choroba Di Guglielma, Ostra erytremia. Malatta di Di Guglielmo, atakuje bez różnicy płci wszystkie okresy życia od niemowlęctwa aż do wieku zupełnie dojrzałego i starczego. 2) Postaci przewlekłe: 1) Erytremia przewlekla typu Paradiso-Griva-Angeleri-Benedetti. *(mielosi eritemica cronica, eritremia cronica)*. 2) Choroba erytroblastyczna wieku dojrzałego typu E. Weil. *maladie erythroblastique de l'adulte*. 3) Choroba Vaqueza, *Polycythaemia vera*.

Ponieważ erytroblastozy wymienione w grupie A. atakują wyłącznie lub prawie wyłącznie wiek dziecięcy, omawiam je w rozdziale poświęconym schorzeniom krwi tego wieku, tutaj zaś przedstawiam erytroblastozy objęte grupą B.

Choroba Di Guglielma

Malattia di Di Guglielmo, *Eritremia acuta-mielosi eritremica acuta*, *Erythroblastosis acuta essentialis* (Kienle), *Erythremie aiguë*, *maladie de* Di Guglielmo, *Echte akute Erythroblastose*.

Schorzenie to opisał po raz pierwszy w r. 1926 hematolog włoski Di Guglielmo, a zjazd hematologów w Turynie w r. 1936 uznal je za nową jednostkę chorobową i uchwalił określić ją nazwiskiem autora, jako chorobę Di Guglielma, Malattia di Di Guglielmo.

Istota tego cierpienia polega na pierwotnym ostrym bujaniu układu erytroblastycznego z równoczesnym zahamowaniem rozwoju i dojrzewania najmlodszych erytroblastów. Podłożem patogenetycznym choroby Di Guglielma (ch. G.) jest tedy proces hiperplastyczuo-anaplastyczny układu erytroblastycznego i tym samym stanowi ona odpowiednik ostrej białaczki szpikowej; dlatego też autorzy włoscy określają ch. G. również jako *eritremia acuta*, względnie *mielosi eritremica acuta*, analogicznie do *mielosi leucemica acuta*. Nazwa włoska „mielosi" może tu wprowadzać pewne zamieszanie, gdyż przez słowo „myelosis" rozumiemy białaczkę szpikową; natomiast szkoła włoska rozumie przez „mielosi", nazwę stworzoną analogicznie do „nephrosis, arthrosis, encephalosis" itd., niezapalne schorzenia utkania szpikowego w ogóle, tyczące się tak poszczególnych układów, jak dwu jak i wszystkich razem, polegające na bujaniu, hiperplazji danego układu lub na jego zmianach zwyrodnieniowych lub na obu tych zaburzeniach równocześnie. Ponieważ polska nazwa choroba Di Guglielma nie określa nawet w przybliżeniu rodzaju schorzenia, przeto możnaby się kusić o stworzenie nazwy, odpowiadającej włoskiej „eritremia"; musiałaby ona brzmieć, analogicznie do nazwy białaczka, „czerwoniaczka", sądzę jednak, że lepiej nie stwarzać dziwacznych neologizmów i pozostać przy erytremii.

Ch. G. jest schorzeniem rzadkim, tak, że dotychczas opisanych zostało dopiero nieco ponad 20 przypadków, prawie wyłącznie przez autorów włoskich z Di Guglielmem na czele. Wiek pacjentów okazuje bardzo dużą rozpiętość, bo, według dotychczasowych danych, od 3 dni do 60 roku; według wieku chorych można tedy stworzyć dwie grupy, mianowicie grupę dzieci od pierwszego okresu dzieciństwa włącznie oraz grupę osobników dojrzałych. Również i płeć chorych przedstawia na ogół równomierne rozmieszczenie tego schorzenia.

Początek choroby jest czasem gwałtowny, częściej jednak stanowi go kilkodniowy okres zwiastunów, cechujący się osłabieniem, uczuciem rozbicia, brakiem łaknienia. ogólnymi bólami członków oraz głowy, po czym występuje gorączka, niekiedy w sposób ostry.

Stan przedmiotowy. Chorzy ci okazują już od samego początku wybitną bladość skóry i błon śluzowych z odcieniem niekiedy lekko-podżółtaczkowym, niekiedy lekko sinawym; ta bladość, występująca już w pierwszych chwilach choroby i bardzo

szybko się wzmagająca, jest niezmiernie ważnym objawem, gdyż świadczy o pierwotnym, nie następowym charakterze niedokrwistości. Poza tym stwierdzamy na skórze, za wyjątkiem przypadków tyczących się osesków, wybroczyny lub wylewy krwawe, niekiedy bardzo skąpe, czasem obfite, niekiedy jako objaw wczesny, niekiedy jako późny. Gruczoły chłonne obwodowe albo nie okazują żadnych zmian, albo tylko nieznaczne powiększenie. Niekiedy zachodzi bolesność opukowa mostka, jak w przebiegu białaczek szpikowych. Z ogólnych objawów należy podkreślić brak morfologicznie uchwytnych zboczeń natury ustrojowej.

Narząd krążenia przedstawia zmiany towarzyszące każdej cięższej niedokrwistości i sprawie gorączkowej; badanie pośmiertne stwierdza zmiany zwyrodnieniowe mięśnia sercowego.

Narząd oddechowy nie okazuje nic charakterystycznego; czasem występuje jako sprawa wtórna, wikłająca, zwłaszcza u osesków, zapalenie oskrzeli lub nieżytowe zapalenie płuc.

Przewód pokarmowy. Zapalenie błony śluzowej języka, *glossitis*, stwierdzamy tylko w wyjątkowych wypadkach. Zmiany błony śluzowej jamy ustnej, zwłaszcza migdałków, występują prawie z zasady, lecz w bardzo lekkiej postaci, jak np. nieznaczny obrzęk i zaczerwienienie lub wybroczyny w ich obrębie. Zupełnie wyjątkowo stwierdzamy, zwłaszcza w przypadkach okazujących odczyn białaczkowy, zmiany wrzodziejąco-martwicze migdałków i to tylko w niewielkim nasileniu; jest to ważny szczegół rozpoznawczy w stosunku do innych ostrych schorzeń układu krwi, jak ostre białaczki, agranulocytoza i niedokrwistość aplastyczna, gdzie ciężka angina *necrotica* jest wyrazem braku granulocytów i tym samym wyrazem upośledzenia lub zniesienia przeciwbakteryjnych, obronnych sił ustroju. Zmiany zapalne w jamie ustnej w przebiegu ostrej erytremii nie mają cech zasadniczych, tylko charakter sprawy wtórnej, dodatkowej. Co do zachowania się żołądka, mianowicie jego sprawności chemicznej, oraz jelit, dotychczasowe spostrzeżenia nie przynoszą żadnych danych.

Powiększenie wątroby należy do stałych, istotnych objawów ch. G.; przekracza ona łuk żebrowy na szerokość 1—4 palców, spoistość jej jest lekko zwiększona, ucisk nieco tkliwy. Objętość wątroby może ulegać wahaniom w przebiegu choroby.

Śledziona jest z zasady powiększona, wystając niekiedy spod łuku żebrowego na szerokość kilku palców, czasem nawet, zwłaszcza u dzieci, sięga dolnym biegunem poniżej pępka. Spoistość jej jest wzmożona, przy ucisku, a niekiedy i samoistnie, wyszępuje bolesność, czasem znaczna. Podobnie jak i wątroba, tak samo i śledziona może okazywać wybitne nawet wahania w objętości, już to się zwiększając, już to zmniejszając w dalszym przebiegu cierpienia.

Narząd moczowy nie przedstawia poza nieznacznym białkomoczem, żadnych odchyleń od stanu prawidłowego.

Z innych objawów należy wymienić jeszcze skazę krwotoczną; poza przypadkami, tyczącymi się najwcześniejszego dzieciństwa, stwierdzamy ją bardzo często, lecz w bardzo zmiennym nasileniu od lekko zaznaczonych objawów aż do bardzo ciężkich. Są to wspomniane już wybroczyny i wylewy skórne, nadto krwawienia z dziąseł, migdałków, z przewodów nosowych, krwawienia jelitowe, z dróg moczowych, podopłucnowe, podosierdziowe, podoponowe, z przewodów usznych zewnętrznych, wybroczyny siatkówkowe, krwotoki miesiączkowe.

Typowe przypadki ch. G. przebiegają z zasady z gorączką; pojawia się ona niekiedy już na samym początku choroby, częściej jednak po okresie zwiastunów; typ jej jest zupełnie niejednolity, najczęściej zwalniający już to przepuszczający, czasem ciągły, przy czym ta zmienność typu gorączkowego może występować u tego samego osobnika. Wzniesieniom gorączkowym towarzyszą często dreszcze, spadkowi poty, jednym słowem, przebieg gorączki jest taki sam jak w ostrych białaczkach. Cieplota waha się u osobników dorosłych od 37,5—38—39—40° C; u dzieci, ze względu na skłonność do więcej przewlekłego przebiegu cierpienia, są wzniesienia ciepłoty mniejsze, pozostając w granicach od 37,2—38,5, rzadziej do 39° C i powyżej.

Rozstrzygające znaczenie dla istoty sprawy chorobowej i jej rozpoznania ma zachowanie się układu krwiotwórczego.

Biopsja szpiku kostnego wykazuje w typowych przypadkach następujące zmiany:

1) Bardzo wybitna hiperplazja układu erytroblastycznego, obejmująca w pierwszym rzędzie najmłodsze, więc niedojrzałe postaci, mianowicie tak proerytroblasty jak i erytroblasty bazofilne, przy spadku wybitnym ilości erytroblastów z protoplazmą wielobarwliwą i jeszcze wybitniejszym spadku ilości erytroblastów z dojrzałą, ortochromatyczną protoplazmą; niekiedy stwierdza się liczne erytroblasty w okresie mitozy. Oprócz hiperplazji zasadniczym tedy objawem jest tu, w porównaniu z warunkami prawidłowymi, bardzo wybitne zahamowanie dojrzewania erytroblastów, anaplazja, wynikająca nadzwyczaj wyraźnie zwłaszcza z „krzywej dojrzewania" erytroblastów, sporządzonej według metody Escudero-Pontoni (graficznie ujęty stosunek odsetkowy erytroblastów bazofilnych do erytroblastów polichromatofilnych i ortochromatycznych).

2) Hiperplazja dotyczy w typowych przypadkach prawie wyłącznie generacji normoblastycznej, tak, że spostrzegane przez niektórych autorów promegaloblasty i megaloblasty bazofilne stanowią tylko znikomy ułamek w ogólnej ilości erytroblastów (Baserga).

3) W niektórych przypadkach zachodzą zmiany degeracyjne w zakresie generacji normoblastycznej, obejmujące tak jądro jak i protoplazmę. Mianowicie jądro może przedstawiać naprzód nierówność obrysów w postaci mniej lub więcej wyraźnych guzkowatych wypukleń; niekiedy wykazuje ono jedno lub więcej wcięć, stając się nawet wielopłatowe; również i drobnosiateczkowa budowa jądra najmłodszych erytroblastów doznać może zatarcia, wykazując ogniskowe lub rozlane zgrubienia siatki chromatynowej. Niekiedy widzimy mniej miarowy rozkład chromosomów w figurach karjokine-

tycznych. Protoplazma może okazywać nierówność obrysów w postaci wypustek, a nadto, co ważniejsze, nierównomierność dojrzewania, mianowicie może przedstawiać, przy zasadniczo utrzymanej bazofilii, ogniskową acidofilię lub wąski okołojądrowy rąbek acidofilny. Wreszcie zachodzą zmiany we wzajemnym stosunku jądra do protoplazmy, co się przejawia tak nadmierną wielkością jądra w stosunku do protoplazmy, jak jego wybitnie ekscentrycznym położeniem jak i wreszcie nierównomiernością dojrzewania, wskutek czego jądro jest już zupełnie dojrzałe, zbite, a protoplazma jest jeszcze całkowicie bazofilna, więc całkiem młoda.

Te patologiczne erytroblasty nazywamy paraerytroblastami, analogicznie do paramieloblastów i paralimfoblastów, spotykanych w przebiegu białaczek. Są one wyrazem i dowodem wybitnych zaburzeń w procesie rozwoju erytroblastów, wskutek czego występując obficiej, pogarszają one znacznie rokowanie.

4) Stosunek ilościowy jądrzastych ciałek czerwonych do ciałek białych wykazuje wybitny wzrost ilości erytroblastów na niekorzyść ciałek białych: mianowicie stosunek ten, wynoszący w warunkach prawidłowych średnio 3,06 (Escudero i Varela) do 2,8 (Sabin i Doan), tzn., że tyle ciałek białych przypada na jednego erytroblasta, — spaść tu może nawet do 0,38—0,063 (Baserga), czyli, że może zajść wybitna, bezwzględna przewaga ilościowa erytroblastów.

5) Krzywa dojrzewania ciałek białych nie wykazuje, w przeciwieństwie do zachowania się układu erytroblastycznego, żadnego zahamowania, raczej nawet pewne przyspieszenie, co wynika z bardzo skąpej ilości mieloblastów.

6) Ilość megakariocytów jest bardzo wybitnie zmniejszona.

7) Komórki układu siateczkowośródbłonkowego okazują przeważnie bardzo wybitną hiperplazję (Baserga, Frugoni i i.).

Biopsja śledziony, splenogram, stwierdza liczne erytroblasty generacji normoblastycznej, czasem w okresie kariokinezy; niekiedy występują i megaloblasty. Stopień dojrzałości jest na ogół nieco więcej posunięty niż erytroblastów szpiku kostnego. Ilość ciałek białych jest skąpa, przy czym ilość ciałek niedojrzałych jest nieznaczna. Megakariocyty występują w skąpej ilości. Ponadto stałym objawem jest wybitna hiperplazja komórek siateczkowośródbłonkowych, wykazujących bardzo żywą czynność żerną. Natomiast limfocyty okazują wyraźny spadek liczbowy (Di Guglielmo, Bocchini, Frugoni, Picena i Bruera, Prebil, Noto).

Hepatogram stwierdza wielką obfitość erytroblastów, przeważnie bazofilnych, więc niedojrzałych (Di Guglielmo).

Czynność krwiotwórcza przejawia się w badaniach anatomopatologicznych (Di Guglielmo, Bracaloni, Bocchini, Canale, Fontana i Pettinari, Prebil, Storti i i.) następująco:

Szpik kostny czerwony rozciąga się makroskopowo tak na kości długie jak płaskie i krótkie. Drobnowidowo bardzo silna hiperplazja układu erytroblastycznego w postaci licznych ognisk proerytroblastów i erytroblastów bazofilnych, czasem i skąpych megaloblastów bazofilnych, których ułożenie przypomina rozkład ognisk erytroblastów we wątrobie płodowej. Prawie zupełny brak erytroblastów z protoplazmą dojrzałą, acidofilną. Bardzo skąpe ciałka białe i megakariocyty. Natomiast bardzo wybitny rozrost komórek siateczkowośródbłonkowych.

Śledziona. W niektórych przypadkach zupełne zatarcie prawidłowego utkania, w innych wybitna przewaga miazgi nad grudkami; bardzo wybitna metaplazja szpikowa, przeważnie w postaci proerytroblastów i erytroblastów bazofilnych, niekiedy obecne i megaloblasty bazofilne; granulocyty bardzo skąpe, przeważnie dojrzałe. Megakariocyty nader skąpe. Wybitnie wzmożona ilość komórek siateczkowośródbłonkowych z objawami żywej fagocytozy. Powiększenie śledziony w typowych przypadkach ostrej erytremii polega tedy, w wyniku badań anatomopatologicznych, częściowo na metaplazji szpikowej, przeważnie normoblastycznej, częściowo i na rozroście układu siateczkowośródkobłonkowego, przy równoczesnym zaniku właściwego utkania limfatycznego.

Wątroba. Budowa zrazikowa utrzymana, komórki wątrobowe okazują niekiedy daleko posunięte zwyrodnienie. Liczne ogniska hiperplazji siateczkowośródbłonkowej oraz liczne ogniska erytroblastyczne, jakkolwiek mniej obfite niż w śledzionie. Na erytroblasty składają się tak proerytroblasty jak i erytroblasty bazofilne i wielobarwliwe, oraz w mniejszej ilości acidofilne; tu i ówdzie widoczne megaloblasty. Niektórzy autorzy (Storti) stwierdzali przemianę śródbłonków naczyń włosowatych, także i komórek Kupffera, na erytroblasty. Granulocyty jak i limfocyty bardzo skąpe.

Ponadto badania anatomohistologiczne wykazały ogniska metaplazji erytroblastycznej i wybitną hiperplazję układu siateczkowośródbłonkowego jeszcze w gruczołach chłonnych, oraz w narządach nie pełniących czynności krwiotwórczej, mianowicie w płucach, nadnerczach i sieci (Frugoni, Bocchini).

Ostatecznie tedy możemy stwierdzić na podstawie badań bioptycznych i anatomohistologicznych, że podstawową cechą zmian w czynności krwiotwórczej w przebiegu typowej, ostrej erytremii jest bardzo wybitna hiper- względnie metaplazja układu erytroblastycznego, przy równoczesnej anaplazji, zahamowaniu dojrzewania erytroblastów. obejmująca tak właściwe narządy krwiotwórcze jak i sięgająca poza ich obręb, z drugiej zaś strony bardzo wybitna hiperplazja układu siateczkowośródbłonkowego.

Krew obwodowa.

Układ erytroblastyczny.

Ilość ciałek czerwonych w 1 mm³ jest zawsze zmniejszona, wynosząc w samym początku choroby około 3,000.000 i spadając szybko, tak, że w ostatnich dniach przed śmiercią waha się około 1,000.000. Do stałych objawów należy anizocytoza. mianowicie tak makro-, jak i mikrocytoza, nadto pojkilocytoza; również stwierdza się ciałka czerwone wielobarwliwe i bazofilne oraz z tworami Howell-Jolly'ego, niekiedy i Cabot'a. Retikulocyty zachodzą w skąpej ilości. Najbardziej jednak charak-

terystyczną cechą jest obecność we krwi obwodowej erytroblastów, będących w typowych przypadkach prawie wyłącznie normoblastami, wyjątkowo tylko skąpymi megaloblastami. Ilość ich może okazywać szerokie wahania, mianowicie, według dotychczasowych danych, od 600—3.000—4.000—143.000 a nawet i do 258.000 (u dziecka) w 1 mm³ krwi, stanowiąc od 22—96% wszystkich komórek jądrzastych w ogóle krwi obwodowej. Ważniejszym jednak szczegółem są zmiany jakościowe; mianowicie, w przeciwieństwie do erytroblastoz objawowych, stwierdzamy tu bezwzględną przewagę postaci zupełnie niedojrzałych, mianowicie proerytroblastów i erytroblastów bazofilnych; ilość proerytroblastów wynosiła w dotychczas ogłoszonych przypadkach u dorosłych 1,1—16%, u dzieci 0,3—9% wszystkich ciałek jądrzastych w ogóle krwi obwodowej. Szereg autorów podkreśla nadto obecność w erytroblastach licznych figur kariokinetycznych, niekiedy patologicznych oraz obecność paraerytroblastów. Ta wybitna przewaga liczebna erytroblastów niedojrzałych zwiększa się jeszcze bardziej pod koniec życia, tak, że wreszcie może wystąpić *hiatus erythraemicus*; tak został określony przez Di Guglielma analogicznie do *hiatus leucaemicus* stan, gdzie we krwi obwodowej występują jedynie proerytroblasty i erytroblasty bazofilne oraz dojrzałe, więc acidofilne erytrocyty, podczas gdy zupełny jest brak postaci przejściowych, tj. erytroblastów polichromatofilnych i ortochromatycznych: objaw ten świadczy o najdalej posuniętym zahamowaniu dojrzewania erytroblastów, co się przejawia właśnie zatrzymaniem dojrzewania erytroblastów na stopniu erytroblastów bazofilnych, które przechodzą jako takie do krwi obwodowej, tak, że dojrzałe erytrocyty są niejako na wymarciu. *Hiatus erythraemicus* występuje pod koniec życia.

Ilość hemoglobiny spada wybitnie, wahając się między 20—30%. Wskaźnik barwikowy utrzymuje się zasadniczo koło 1, jednakże może okazywać niekiedy większe wychylenia w górę, lub, częściej, w dół, dochodząc czasem do 1, 35 lub spadając nawet do 0,5. Postać hiperchromiczna zachodzi głównie u dorosłych, podczas gdy u dzieci występuje stale niedokrwistość hipochromiczna.

Co do odporności ciałek czerwonych względem hipotonicznych roztworów NaCl, to dotychczas istnieje tylko jedno spostrzeżenie (Pouché) stwierdzające lekkie jej obniżenie. Również i dane dotychczasowe odnośnie do procesu hemolitycznego są bardzo skąpe i niedokładne, przemawiają jednak zasadniczo w tym kierunku, że niedokrwistość w przebiegu ostrej erytremii ma przeważnie znamiona hemolityczne, jednakże nie we wszystkich wypadkach.

Układ leukoblastyczny.

Ilość ciałek białych zachowuje się rozmaicie, przeważnie jest zmniejszona (1,500—4,000), dość często prawidłowa, niekiedy zaś wyraźnie (15, —18—20,000 lub nawet znacznie (do 50,000 w 1 mm³) wzmożona. Odsetkowy skład ciałek białych nie przedstawia charakterystycznych zmian; mianowicie granulocyty obojętnochłonne okazują niekiedy już to pewne wzmożenie odsetka (do 85%), już to spadek, nawet do 22—40%, jednakże w przypadkach ogólnie zwiększonej liczby ciałek białych, tak, że jest to tylko względna neutrocytopenia; tylko w jednym przypadku (Frugoni) stwierdzono dotychczas bardzo wybitną bezwzględną neutrocytopenię. Ważnym szczegółem jest obecność niekiedy we krwi obwodowej młodych komórek układu granulocytów, tak mielocytów, jak i promielocytów, nawet do mieloblastów włącznie; są to przypadki przebiegające z zasady ze zwiększoną ogólną ilością ciałek białych, tworząc tym samym przejścia lub nawet stanowiąc już same przez się obrazy ostrej erytroleukemii, o których później będzie mowa. Ciałka białe eozyno- i bazochłonne zachodzą w prawidłowej ilości, niekiedy jednak brak ich zupełnie. Limfocyty nie okazują ani zmian ilościowych, ani jakościowych.

Ilość płytek krwi jest zazwyczaj obniżona, niekiedy nawet bardzo znacznie bo od 40,000—8,000 w 1 mm³ krwi; czasem ilość ich jest prawidłowa. Niektórzy stwierdzali we krwi obwodowej megatrombocyty, a w dwu przypadkach megakariocyty (Barile-Manai).

Układ siateczkowośródbłonkowy.

Wybitna hiperplazja układu siateczkowośródbłonkowego, występująca w narządach krwiotwórczych, przejawia się w pewnej części przypadków ch. G. również i we krwi obwodowej; z jednej strony bowiem monocyty, wykazujące w szeregu przypadków tego cierpienia prawidłowy odsetek ogólnej liczby ciałek białych, mogą niekiedy występować w znacznie większej ilości (9 — 14 — 31 — 34,7%). Poza tym w pewnej ilości przypadków ch. G., zwłaszcza u osobników dorosłych, stwierdzamy we krwi obwodowej mniej lub więcej liczne, czasem nawet bardzo obfite komórki siateczkowośródbłonkowe, stanowiące według dotychczasowych spostrzeżeń 6,6—12,4% (Lazzaro), niekiedy nawet 21 — 28 — 39% wszystkich ciałek białych krwi obowodowej (Barile i i.). W innych natomiast przypadkach tego cierpienia u osobników dorosłych, jak i u dzieci, poza jednym przypadkiem (Noto), ten odczyn siateczkowośródbłonkowy był bardzo nieznaczny lub w ogóle go nie było (Forti, Bracaloni, Brugi, Manai, Frugoni).

Surowica krwi wykazuje prawie zawsze zwiększoną ilośc bilirubiny, dającą pośredni odczyn v. d. Bergha.

Zestawiając teraz wszystkie wyniki badań bioptycznych i anatomopatologicznych tak narządów krwiotwórczych jak i krwi obwodowej, stwierdzamy że istotą typowej ch. G. jest pierwotna hiper- i metaplazja normoblastycznej generacji układu erytroblastycznego, połączona z wybitną anaplazją, tj. zahamowaniem dojrzewania ciałek najmłodszych czerwonych, co wszystko wiedzie do ciężkiej, nieustannie postępującej niedokrwistości, zazwyczaj niedobarwliwej, z przechodzeniem do krwi obowodowej niedojrzałych, nawet najmłodszych erytroblastów.

Powyżej przedstawiłem obraz kliniczny typowej choroby Di Guglielma. Oprócz tego są znane jeszcze jej pewne odmiany, z których niektóre są zaznaczone nawet i w typowym jej obrazie:

Ostra erytremia megaloblastyczna (*Mielosi eritremica acuta megaloblastica*). Już przy opisie

typowej postaci ch. G. zaznaczyłem, że niektórzy autorzy stwierdzali tak w narządach krwiotwórczych jak i we krwi obwodowej nieznaczny odczyn megaloblastyczny w postaci promegaloblastów i megaloblastów bazofilnych, wynoszących we krwi obwodowej od 0,2—3—5% wszystkich jądrzastych krwinek.

Niektórzy autorzy natomiast nie wykazywali w ogóle tego odczynu. Ostatecznie tedy typowa postać ch. G. jest normoblastyczna (*Mielosi eritremica acuta normoblastica* Di Guglielmo), gdyż ewentualny, nieznaczny odczyn megaloblastyczny w niczym nie zmienia zasadniczego tj. normoblastycznego charakteru sprawy chorobowej. Oprócz tej typowej, tj, wyłącznie lub prawie wyłącznie normoblastycznej odmiany ch. G. opisano jeszcze przypadki, gdzie odczyn megaloblastyczny jest już wyraźniejszy, tak, że mamy odmianę mieszaną normomegaloblastyczną (*Mielosi eritremica acuta normomegaloblastica*, (Noto); nadto jest i odmiana wyłącznie lub prawie wyłącznie megaloblastyczna (*Mielosi eritremica acuta megaloblastica*, Di Guglielmo, Omodei-Zori, Penati). Tak w odmianie normo-megaloblastycznej jak i megaloblastycznej stwierdzamy również bardzo wybitne zahamowanie dojrzewania generacji megaloblastycznej, co się przejawia obecnością w narządach krwiotwórczych i we krwi obowodowej najmłodszych postaci tych krwinek, mianowicie obecnością prawie wyłącznie promegaloblastów i megaloblastów bazofilnych.

Ostra erytroleukemia (*mielosi eritroleucemica acuta*, Di Guglielmo). Już opis typowej, normoblastycznej postaci ch. G., wykazujący już to mniej już to więcej wybitny odczyn układu leukoblastycznego, już to siateczkowośródbłonkowego, lub obu razem, dowodzi, że, ściśle biorąc, nie istnieje idealnie odosobnione hiperplastyczne schorzenie tylko jednego układu szpikowego, co łatwo się tłumaczy wspólną prakomórką macierzystą wszystkich postaciowych składników szpiku kostnego. Jednakże o odosobnionym schorzeniu, w praktyczno-klinicznym znaczeniu, danego układu szpikowego mamy prawo mówić jeszcze i wtedy, gdy obok przeważających, zasadniczych zmian tegoż układu, występują wprawdzie równoczesne, podobne zmiany w zakresie jednego lub nawet i wszystkich pozostałych układów szpikowych, gdy jednakże pozostają one pod względem liczbowym tak na uboczu, że w niczym nie wpływają na zasadniczy charakter sprawy chorobowej. Jeżeli jednakże zmiany hiperplastyczno-anaplastyczne w obrębie tych pozostałych układów szpikowych występują wybitniej, narzucając swe cechy obrazowi chorobowemu, — natenczas powstają rozmaite mieszane postacie schorzeń hiperplastyczno-anaplastycznych utkania szpikowego, mieszane mielozy autorów włoskich. Do takich mieszanych obrazów należy także i pierwotna ostra erytroleukemia, której istotę stanowią równoczesne, równorzędne zmiany hiperplastyczno-anaplastyczne, tak w zakresie układu erytroblastycznego, charakterystyczne dla ostrej erytremii, jak i w zakresie układu leukoblastycznego, charakterystyczne dla ostrej białaczki szpikowej. Oba te rodzaje zmian występują oczywiście tak w zakresie narządów krwiotwórczych, jak i we krwi obwodowej.

Zagadnienie erytroleukemii w ogóle poruszam w osobnym rozdziale po omówieniu przewlekłej białaczki szpikowej; już tutaj jednak chcę zaznaczyć, że zagadnienie to nie jest jeszcze dostatecznie wyświetlone, a znajomość tego obrazu chorobowego nie jest zbyt powszechna; również i ilość ogłoszonych przypadków jest dotychczas skąpa, co łatwo tłumaczy się właśnie pośrednim charakterem tego schorzenia między erytremią, a białaczką szpikową, niedającym nigdzie postawić ostrej granicy, wskutek czego,, przy przewadze cech obrazu chorobowego więcej w jednym lub drugim kierunku, zaliczano go już to do leukemii, już to do erytremii.

Tak samo i obchodząca nas tu ostra erytroleukemia wykazuje całą skalę przejść do ostrej białaczki szpikowej; mianowicie już „czyste" przypadki ostrej erytremii, oznaczane przez autorów włoskich jako „pure", wykazują mniej lub więcej wyraźny odczyn hiperplastyczno-anaplastyczny układu leukoblastycznego; tak np. w przypadku Bianchi'ego na ogólną ilość 16,840 ciałek białych we krwi obwodowej było 1,59% mielocytów neutrofilnych, w przypadku Forti'ego 0,5% mieloblastów na 18,000 ciałek białych; Miraglia stwierdził 0,33% promielocytów we krwi obwodowej. We wszystkich tych przypadkach niedojrzałe ciałka białe występują tedy we krwi obwodowej tylko w znikomej ilości, a również i stopień ich niedojrzałości jest, ze względu na zupełny lub prawie zupełny brak mieloblastów. tylko zaznaczony; jeśli nadto uwzględnimy nieznacznie tylko zwiększoną ogólną liczbę ciałek białych we krwi obowodowej, to widzimy, że w przypadkach ostrej erytremii, uznanych za czystą postać, ten odczyn leukoblastyczny jest bardzo słaby tak pod względem jakościowym jak i ilościowym. Poza tym jednak są opisane przypadki ostrej erytremii z daleko wybitniejszym odczynem leukoblastycznym, sięgającym już w pogranicze ostrej erytroleukemii; przypadki takie opisali Manai i Noto, a przede wszystkim Lazzaro; tak np. w przypadku Lazzara odsetek ciałek białych krwi obwodowej był, przy ogólnej liczbie ciałek białych 45,000 w 1 mm^3, następujący: mieloblasty 0,4%, promielocyty neutrofilne 0,8%, mielocyty neutrofilne 40%, metamielocyty neutrofilne 20,4%, wielopłatowe neutrofilne 24,1%. Ten wybitny odczyn, sam przez się o cechach białaczkowych, wystąpił jednak dopiero pod koniec życia i niknął prawie całkowicie wobec objawów erytremicznych, gdyż na jedno ciałko białe krwi obwodowej przypadało 82 bazofilnych erytroblastów, tak, że autor ten zalicza swój przypadek jeszcze do *mielosi eritremiche pure*. Przypadki takie są przejściem do przypadków erytroleukemii z przewagą cech erytremii (*mielosi eritroleucemiche prevalentemente eritremiche* autorów włoskich). Dalszy stopień, to przypadki wykazujące w równej mierze cechy tak ostrej erytremii jak i ostrej białaczki szpikowej, stanowiące tedy pomost między obu tymi cierpieniami i zarazem pełny obraz ostrej erytroleukemii (Bianchi, Peco i Acevedo, Geriola i Penati). Z drugiej strony istnieją dalsze przejścia między ostrą erytroleukemią a ostrą białaczką szpikową poprzez przypadki ostrej erytroleukemii z przeważającymi cechami ostrej białaczki szpikowej *(mielosi eritroleucemiche prevalentemente*

leucemiche), które w dalszym ciągu wykazują płynne przejścia do czystej postaci ostrej białaczki szpikowej. W ten sposób widać, że nie można ustalić granic ostrej erytroleukemii, gdyż pewna część tych przypadków będzie się zlewać raczej z ch. G., tj. z ostrą erytremią, druga, przeciwnie, z ostrą białaczką szpikową.

Ostra erytremia z retikuloendoteliozą. Przy omawianiu obrazu krwi obwodowej podkreśliłem już, że w pewnej części przypadków ch. G. zwłaszcza u dorosłych, występuje mniej lub więcej wyraźny odczyn układu siateczkowośródbłonkowego, mający za podstawę hiperplazję tego układu, przejawiającą się we krwi obwodowej obecnością czasem nawet dość licznych komórek siateczkowośródbłonkowych. Niekiedy hiperplazja tego układu i zarazem ilość jego postaciowych składników we krwi obwodowej jest tak wybitna, że mamy prawo mówić już o retikuloendoteliozie występującej równocześnie z erytremią; jeśli przeważa składowa erytremiczna, mówimy o erytremii z retikuloendoteliozą (*mielosi eritremica con reticuloendoteliosi*, Canale), w przeciwnym razie mamy retikuloendoteliozę z erytremią (*reticuloendoteliosi con eritremia*, Barile). Dzisiaj jeszcze nie jest rozstrzygnięte, czy w przypadkach powyżej przedstawionych zachodzą równocześnie dwa pokrewne sobie procesy, czy też raczej dwa przejawy tej samej sprawy chorobowej; mianowicie równorzędność i równoczesność schorzenia tak układu erytroblastycznego jak i siateczkowośródbłonkowego może znaleźć wytłumaczenie zupełnie dobrze we wspólnym pochodzeniu komórek macierzystych obu tych układów, jak i w spostrzeżeniach klinicznych, że retikuloendotelioza tak pierwotna jak i objawowa może przebiegać z mniej lub więcej wyraźną erytroblastozą (Baserga).

Anerytremiczna odmiana ch. G. *(eritremia acuta aneritremica)*

Istotą ch. G., jak każdej w ogóle hemopatii hiperplastyczno-anaplastycznej, są odnośne zmiany w zakresie narządów krwiotwórczych, zaś odpowiedni oddźwięk we krwi obwodowej jest już natury wtórnej, nieistotnej, zależny od sprawności zapory szpikowo-śledzionowo-wątrobowo-gruczołowej, która może być całkiem lub prawie całkiem zniesiona, tylko częściowo upośledzona, lub zupełnie utrzymana; w ten sposób składniki postaciowe danego układu, względnie układów, mogą się pojawiać we krwi obwodowej w ilości bardzo dużej, prawie tak obficie, jak w samych narządach krwiotwórczych i to w swych postaciach niedojrzałych, nigdy nieobecnych we krwi obwodowej w warunkach prawidłowych, — mogą się pojawiać w ilościach skąpych lub mogą nie przechodzić do krwi krążącej zupełnie lub prawie zupełnie. Otóż wszystkie te wahania może okazywać i ch. G., mianowicie w typowej jej postaci stwierdzamy we krwi obwodowej, jak już poprzednio przedstawiłem, niekiedy nawet bardzo znaczne ilości erytroblastów, przy czym, co jest rzeczą zasadniczą, są to postacie młode, niedojrzałe. Tę typową tedy postać ch. G., tzn. okazującą we krwi obwodowej wybitne zmiany tak jakościowe jak i ilościowe w zakresie układu erytroblastycznego, możemy dla dokładności określić dodatkowo jako ostrą erytremię erytremiczną. Oprócz tych typowych, klasycznych postaci opisano przypadki, gdzie zachowanie się narządów krwiotwórczych jest typowe dla tej choroby, gdzie jednakże we krwi obwodowej występują wprawdzie niedojrzałe postacie erytroblastów, ale w ilości nieznacznej, tak, że autorzy włoscy oznaczają te przypadki jako *eritremia acuta eritropenica*. Od tych przypadków wiedzie cała skala przejść (ilość erytroblastów w 1 mm³ krwi obwodowej 22,550—14,000—7,700—5,900—3,200—600) do przypadków, gdzie narządy krwiotwórcze wykazują typowe dla ch. G. zmiany hiperplastyczno-anaplastyczne układu erytroblastycznego, gdzie jednakże we krwi obwodowej nie stwierdzamy w ogóle erytroblastów, tak, że rozpoznanie można postawić jedynie na podstawie badań bioptycznych, względnie histologicznych narządów krwiotwórczych. Przypadki, takie oznaczamy jako *eritremia acuta aneritremica*, względnie *pseudoaplastica*. Dotychczas zostały opisane dwa takie przypadki przez Fontanę, zaznaczyć jednak należy, że niektórzy autorzy mają zastrzeżenia co do słuszności rozpoznania, tak, że istnienie anerytremicznej odmiany ch. G. nie jest jeszcze całkowicie pewne.

Odmiana ch. G. z hipo-, względnie aplazją szpiku kostnego (*mielosi eritremica con aplasia rispettivamente ipoplasia mieloide*, Storti). W postaci tej stwierdzamy typowe dla tej choroby zmiany hiperplastyczno-anaplastyczne układu erytroblastycznego w zakresie śledziony, wątroby i ewentualnie gruczołów chłonnych, natomiast szpik kostny nie tylko nie wykazuje hiperplazji tego układu, ale przeciwnie, przedstawia upośledzenie czynności erytroblastycznej *(mielosi eritremica ipoplastica)*, względnie nawet i zamianę szpiku czerwonego na szpik nieczynny, żółto-brunatnawo-galaretowaty z rozrostem zbitej tkanki łącznej z bardzo skąpymi ogniskami komórkowatymi *(mielosi eritremica con aplasia mieloide)*. Oczywiście, że ta aplazja nie dotyczy wszystkich kości, tak, że tylko pewna ich część okazuje aplazję, podczas gdy inne mogą równocześnie przedstawiać nawet i hiperplazję erytroblastyczną. Krew obwodowa może zawierać już to dużą liczbę młodych erytroblastów, a więc zachowywać się pod tym względem jak typowa, erytremiczna postać ch. G., lub przeciwnie, może być zupełnie od nich wolna, jak w odmianie anerytremicznej.

Jako ostatnią odmianę ch. G. należy wymienić jeszcze postać, jaką opisali Fontana i Pettinari, określając ją jako pierwotną anerytremiczną splenomegalię *(mielosi primitiva aneritremica splenomegalica isolata)*; w ich przypadku tyczącym się 48-letniego mężczyzny, stwierdzono jedynie dużą śledzionę, okazującą wybitną metaplazję erytroblastyczną, natomiast pozostałe narządy nie przedstawiały żadnych zmian, w szczególności szpik kostny nie wykazywał żadnych zboczeń. Obrazowi chorobowemu towarzyszyła lekka niedokrwistość niedobarwliwa bez erytroblastemii.

Istota i etiologia. Choroba Di Guglielma jest jednostką chorobową o ostrym gorączkowym przebiegu, dokładnie określoną tak pod względem anatomopatologicznym jak i klinicznym, zwłaszcza

hematologicznym. Podłoże anatomopatologiczne, będące zarazem czynnikiem patogenetycznym, polega na pierwotnej hiper-meta- i anaplazji układu erytroblastycznego z następową ciężką niedokrwistością i z przechodzeniem do krwi obwodowej niedojrzałych, nawet najmłodszych postaci erytroblastów, przy równoczesnej paraerytroblastozie; drugim ważnym czynnikiem anatomo-patogenetycznym to bardzo częsta hiperplazja układu siateczkowośródbłonkowego, którego składniki postaciowe odznaczają się tu nie tylko dużą zdolnością żerną, ale równocześnie i erytroblastyczną. Brak jakiegokolwiek innego równoczesnego procesu chorobowego, nieodwracalność i ciężkość zmian anatomicznych oraz niezdolność hiperplazji erytroblastycznej do powstrzymania ciężkiej niedokrwistości — to wszystko świadczy za pierwotnym charakterem zmian antomicznych i tym samym zmian hematologicznych. Pierwotna tedy hiper-anaplazja układu erytroblastycznego stanowi zasadniczą istotę sprawy chorobowej. Wystąpienie prawie nagłe silnej i uporczywie postępującej niedokrwistości mimo hiperplazji układu erytroblastycznego w szpiku kostnym i mimo wybitnej metaplazji erytroblastycznej w śledzionie, wątrobie oraz w innych narządach — tłumaczy się właśnie zahamowaniem dojrzewania erytroblastów, anaplazją, powodującą, że olbrzymia część erytroblastów pozostaje na najniższym stopniu rozwoju; w ten sposób liczba dojrzałych erytrocytów, a więc jedynego rodzaju krwinek czerwonych, które są pełnowartościowymi posiadaczami hemoglobiny i tym samym pełnowartościowymi przenosicielami tlenu, spada bardzo wybitnie.

Istotę ch. G. możemy określić jeszcze dokładniej na podstawie jej stosunku do ostrych białaczek; mianowicie, uwzględniając tak dane kliniczne, zwłaszcza hematologiczne, jak i anatomopatologiczne ostrej erytremii i ostrej białaczki szpikowej, musimy przyjść do wniosku, że ostra erytremia czyli ch. G., okazuje ścisłą łączność z ostrą białaczką szpikową, zajmując w zakresie pierwotnych schorzeń układu erytroblastycznego takie samo stanowisko, co stara białaczka szpikowa w zakresie pierwotnych schorzeń układu leukoblastycznego; klinicznie stwierdzamy mianowicie w obu tych sprawach chorobowych ostry początek, poprzedzony okresem zwiastunów, nieregularne wzniesienia gorączkowe, silną niedokrwistość skazę krwotoczną, powiększenie śledziony i wątroby, przebieg stale kończący się śmiercią; anatomopatologicznie hiper-meta-, i anaplazją układu erytrowzględnie leukoblastycznego; Wprawdzie w ostrej erytremii proces metaplastyczny jest mniej uogólniony, a odczyn siateczkowośródbłonkowy silniejszy niż w ostrej białaczce szpikowej, jednakże sama istota hiper- meta- i anaplazji danego układu nie ulega zmianie; wreszcie hematologicznie stwierdzamy obecność we krwi obowodowej najmłodszych, niedojrzałych i patologicznie zmienionych krwinek odnośnego układu. Niektórzy podkreślali jako różnicę między obu tymi schorzeniami fakt, że w erytremii występuje erytrocytopenia, podczas gdy w ostrej białaczce szpikowej, przeciwnie, leukocytoza; jednakże, pominąwszy już okoliczność, że i ostrej białaczce nie zawsze towarzyszy wzmożona ilość ciałek białych, różnica ta jest tylko pozorna, gdyż porównać tu należy ilość erytrocytów, a więc ostatecznie dojrzałych ciałek czerwonych, z ilością jedynie również zupełnie dojrzałych ciałek białych, które także okazują tu wybitny spadek liczbowy. Za ścisłym związkiem między ostrą erytremią, a ostrą białaczką szpikową przemawia wreszcie przedstawiona już cała skala stopniowych przejść między nimi poprzez ostrą erytroleukemię.

Etiologia ch. G. jest dotąd nieznana; często ostry początek choroby, jej krótki i gwałtowny przebieg, cały w ogóle obraz kliniczny każą myśleć o ostrej sprawie zakaźnej, lecz wszystkie dotychczasowe badania w tym względzie dały wynik ujemny. Pewne światło mogłyby tu rzucić wyniki doświadczeń Battagliego, Leinatiego, Stortiego i Filippiego, którzy u kur wywoływali doświadczalnie erytremię dającą się przeszczepiać, *una mielosi eritremica normoblastica transmissibile*. Co się tyczy zarazka tej erytremii kurzej, to wiadomo, tylko że po wprowadzeniu do ustroju kury umiejscawia się on najpierw i najwybitniej w szpiku kostnym. Również należy tu wspomnieć, że Storti, wprowadzając do szpiku kostnego szczurów białych benzopiren (ciało rakotwórcze) otrzymywał obraz erytremii odpowiadający obrazowi ch. G.; również Oberling i Guerin, działając na skórę kur roztworem benzopirenu, wywoływali typową erytremię, jednakże nie przenośną. Wreszcie Bernard, wprowadzając smołę do szpiku kostnego myszy, szczurów i małp, uzyskiwał obraz erytroleukemii. Fakt tedy, że, z jednej strony, dany czynnik chorobotwórczy może spowodować równoczesny odczyn hiperplastyczno-anaplastyczny tak układu erytro- jak i leukoblastycznego oraz z drugiej strony przedstawiony już powyżej, ścisły związek kliniczny i anatomopatologiczny między ostrą erytremią i ostrą białaczką szpikową, — przemawiają za tym, że i podstawa etiologiczna obu tych schorzeń jest ta sama, przy czym powstanie obrazu erytremicznego, leukemicznego, względnie erytroleukemicznego zależy może nie tyle od samego czynnika etiologicznego, ile raczej od indywidualnego odczynu ustroju, od jego podłoża ustrojowego. Oczywiście, rozstrzygnięcie zagadnienia wspólnego podłoża etiologicznego tych schorzeń będzie możliwe dopiero z chwilą poznania tego czynnika. Dziś stoimy pod tym względem jeszcze przed znakiem zapytania, zaznaczyć tylko muszę, że Storti i Mezzadra, podobnie jak i Jarmai, przychodzą w wyniku swych badań do wniosku, jakoby *virus* przenośnej białaczki kur nie był jakimś żywym drobnoustrojem, lecz że jest raczej czymś nieżyjącym, jakąś istotą chemiczną, prawdopodobnie o cechach zaczynowych.

Czas trwania i przebieg. Ze względu na niezbyt wyraźny niekiedy okres zwiastunów, trudno w poszczególnym przypadku określić dokładnie czas trwania choroby; na podstawie spostrzeżeń najbardziej typowych przypadków, wynosi on u dorosłych średnio od 1—2 miesięcy; natomiast w przypadkach tyczących się dzieci, jest on dłuższy, wynosząc od 4 do 8 i więcej miesięcy; w niektórych przypadkach u dzieci choroba może trwać znacznie dłużej, nawet lata (Paradiso), stanowiąc w ten sposób przejście do przewlekłej erytremii.

W miarę trwania choroby wzmaga się stopniowo niedokrwistość, przy czym pod koniec życia zwiększa się coraz bardziej stopień zahamowania dojrzewania erytroblastów; równocześnie wzmaga się i liczba niedojrzałych erytroblastów we krwi obowodowej, jakkolwiek w niektórych spostrzeżeniach upośledzenie dojrzewania erytroblastów szło w parze ze spadkiem ogólnej ilości erytroblastów. Śmierć następuje z powodu niedokrwistości, niekiedy wśród objawów niedomogi krążenia, czasem wśród silnej skazy krwotocznej, lub powikłań, zwłaszcza ze strony narządu oddechowego.

Rozpoznanie typowej ch. G. nie jest zasadniczo trudne, o ile się w ogóle bierze w rachubę ten obraz chorobowy. Główne cechy sprowadzające naszą uwagę w tym kierunku są: ostry, gorączkowy przebieg, powiększenie śledziony i wątroby, częsta skaza krwotoczna, przede wszystkim zaś od samego początku ciężka niedokrwistość, stale postępująca; warunkiem zaś hematologicznym rozpoznania są z jednej strony dane bioptyczne stwierdzające hiper-meta-anaplazję układu erytroblastycznego oraz częsta hiperplazja układu siateczkowośródbłonkowego, z drugiej zaś strony obecność we krwi obwodowej niedojrzałych erytroblastów aż do proerytroblasta włącznie, przy prawie stale hemolitycznym charakterze niedokrwistości. Ważną cechą rozpoznawczą jest również *hiatus erythraemicus*, występujący prawie stale, zwłaszcza pod koniec życia.

W rozpoznaniu różnicowym musimy uwzględnić szereg następujących spraw chorobowych:

Naprzód należy wykluczyć omówione już erytroblastozy objawowe, przy czym zasadniczym czynnikiem rozpoznawczoróżnicowym będzie tu, poza całokształtem klinicznym danego obrazu chorobowego, obecność we krwi obwodowej erytroblastów z dojrzałą protoplazmą i dojrzałym jądrem, w szpiku kostnym brak zahamowania dojrzewania erytroblastów oraz brak paraerytroblastów.

Przy wystąpieniu ch. G. w bardzo wczesnym okresie życia, bo u noworodków (według Tzancka-Dreyfussa) ch. G. może pojawić się już w 3. dniu życia), należy uwzględnić erytroblastozy wyłącznie tego okresu życia, mianowicie chorobę Schriddego-Rautmanna, chorobę Pfannenstiela i chorobę Ecklina (przedstawione w rozdziale schorzeń krwi wieku dziecięcego). Podczas gdy obraz hematologiczny jest tu taki sam jak w ch. G., to inne dane kliniczne, jak puchlina, ciężka żółtaczka, względnie pomyślne zejście pozwolą wykluczyć te sprawy chorobowe, pomijając już okoliczność, że ch. G. występuje najwcześniej dopiero w pierwszych miesiącach, nie dniach, życia.

Choroba Ledera-Brilla, jak to wynika z jej cech klinicznych, może sprawiać znaczne trudności rozpoznawcze, zwłaszcza odnośnie do megaloblastycznej odmiany ch. G., a to ze względu na atakowanie przez nią każdego okresu życia od 6 miesięcy do 60 roku, ze względu na gwałtowny, gorączkowy przebieg choroby, głównie zaś ze względu na gwałtownie postępującą niedokrwistość o cechach hemolitycznych oraz ze względu na wybitną erytroblastozę krwi obwodowej. Czynnikiem rozstrzygającym będzie tu, wobec nieznajomości czynnika etiologicznego obu tych schorzeń, wybitnie dodatni odczyn megalocytowy, stale występujący w chorobie Ledera-Brilla oraz swoiście dodatni wynik leczniczy przetaczania krwi w tym cierpieniu, podczas gdy w ch. G. leczenie to prowadzi, co najwyżej, do chwilowej tylko poprawy.

Pewne trudności rozpoznawcze mogłaby powodować ewentualnie i choroba Addisona-Biermera, mianowicie w stosunku do megaloblastycznej odmiany ch. G.; jednakże całokształt kliniczny, zwłaszcza ostry przebieg ch. G., przewlekły choroby Addisona-Biermera, oraz ostatecznie zupełnie ujemny wynik hepato-gastroterapii w ch. G. nie pozwolą na błąd rozpoznawczy mimo pewnych wspólnych cech hematologicznych.

Przy rozpoznawaniu aplastycznej, względnie hipoplastycznej odmiany ch. G. należy wziąć w rachubę i chorobę Albersa-Schönberga; całokształt kliniczny, zwłaszcza powolny przebieg tego schorzenia oraz obraz rentgenologiczny kości wykluczą wątpliwości rozpoznawcze.

Przy rozpoznaniu różnicowym musimy uwzględnić nadto obrazy przejściowe między ostrą erytremią a ostrą białaczką szpikową; czysta bowiem, ostra białaczka szpikowa nie nastręcza żadnych trudności rozpoznawczych, gdyż poza, w pierwszym rzędzie, obrazem krwi obwodowej i wynikiem badań bioptycznych, także i obraz kliniczny wykazuje pewne cechy odrębne, mimo bardzo podobnego na ogół całokształtu klinicznego: śledziona i wątroba są silnie powiększone w ostrej erytremii, średnio w ostrej białaczce szpikowej; gruczoły chłonne prawie zawsze bez zmian w erytremii, stale powiększone w białaczce; zmiany wrzodziejąco-martwicze jamy ustnej stale obecne w białaczce, prawie stale nieobecne i o mniejszym zasięgu i nasileniu w erytremii. Natomiast określenie danego stanu jako ostrej erytroleukemii, względnie ostrej erytremii z odczynem leukoblastycznym, względnie ostrej białaczki szpikowej z odczynem erytroblastycznym jest dość dowolne, gdyż stany te nie wykazują nigdzie ostrych granic, przeciwnie, przedstawiają całe stopniowanie nieznacznych, łagodnych przejść. Dlatego też obrazy krwi, gdzie hiperplazja układu erytroblastycznego nadaje swe cechy sprawie chorobowej, będziemy określać jako ostrą erytremię, te zaś, gdzie i układ leukoblastyczny wyraźnie występuje na widownię, uznamy za ostrą erytroleukemię.

Zresztą ani jedno ani drugie rozpoznanie nie zmienia w niczym rokowania i leczenia.

Rokowanie jest z zasady złe, gdyż w każdym z dotychczas opisanych przypadków pewnej ch. G. przyszło do zejścia śmiertelnego.

Żaden z dotychczas zastosowanych sposobów leczenia nie wiedzie do celu. Przetaczanie krwi prowadzi tylko do chwilowej poprawy, jednakże, mimo to, należy je zawsze stosować, gdyż oddala śmierć. Hepatoterapia nie okazała dotychczas żadnego wyraźnego wpływu; mimo to, powinniśmy ją energicznie stosować w drodze pozajelitowej, gdyż z jednej strony może przyczynić się choćby do przejściowego dojrzewania pewnej ilości erytroblastów, z drugiej zaś strony pozwala nam, *ex juvantibus*, odróżnić atypowe postaci choroby Addisona-Biermera gło-

wnie od megaloblastycznej odmiany ch. G. Rzecz prosta, że będziemy stosować także żelazo i miedź, nadto można podać i witaminy, zwłaszcza C i K w przypadkach skazy krwotocznej; również należy zastosować i opoterapię w postaci wyciągów z czerwonego szpiku kostnego lub w postaci surowego szpiku. Splenektomia jest z teoretycznego punktu widzenia raczej przeciwskazana ze względu na przełom erytroblastyczny, występujący w następstwie tego zabiegu; w każdym razie dotychczasowe wyniki nie zdają się przemawiać na korzyść teo sposobu leczenia. Niektórzy radzą rentgenoterapię, jednakże z wykluczeniem przypadków o bardzo ostrym przebiegu, w postaci ostrożnych naświetlań śledziony i kości długich, oczywiście pod kontrolą obrazu krwi.

Ostatecznie można powiedzieć, że najważniejszym jakkolwiek nie wiodącym do celu czynnikiem leczniczym w ch. G. są częste i obfite przetaczania krwi oraz wydajna hepatoterapia.

Dr EDWARD SZCZEKLIK Kraków

Uszkodzenie układu przewodzącego w zawale sercowym jako objaw umiejscowienia

Z Oddziału I. B Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Ordynator Prof. dr A. Oszacki.

Zachowanie się układu przewodzącego w zawale sercowym ma dwojakie znaczenie. Po pierwsze, w niektórych przypadkach zawału pozwala na rozpoznanie zawału sercowego, zwłaszcza w tych razach, w których cechy elektrokardiograficzne zawału zawodzą. Po drugie, zajęcie zawałem pewnej części układu przewodzącego odgrywa dla chorego ważniejszą rolę niż uszkodzenie zawałem mięśnia roboczego serca. Jest rzeczą zrozumiałą, że uszkodzenie zawałowe, nawet dość dużego stopnia, mięśnia lewej komory nie będzie tak upośledzać czynności serca, jak nawet małe ognisko martwicze czy bliznowate w przegrodzie międzykomorowej, zwłaszcza w jej górnej części, gdzie znajduje się węzeł Tawary, pęczek Hisa, od którego odchodzą dwa główne ramiona, lewe i prawe. Wychodząc zatem z założenia, że dokładne zapoznanie się z głównymi typami uszkodzeń układu przewodzącego w zawałach serca posiada znaczenie teoretyczne i praktyczne zarazem, chciałbym na tym miejscu zająć się najczęściej spotykanymi postaciami uszkodzeń układu przewodzącego, powstałych na tle zaczopowania tętnic wieńcowych. Przed przejściem do opisu właściwych zaburzeń układu przewodzącego należy zaznajomić się bliżej z ułożeniem i unaczynieniem tego układu.

W. Orłowski opisuje w następujący sposób ułożenie układu przewodzącego serca: „W stanie prawidłowym bodźce do skurczów serca powstają w węźle zatokowym Keith-Flacka, który leży u ujścia górnej żyły głównej do prawego przedsionka. Stąd bodziec udziela się poprzez przedsionki węzłowi przedsionkowo-komorowemu Aschoff-Tawary, który leży na granicy przedsionkowo-komorowej. Od tego węzła rozpoczyna się pęczek Palladino-Hisa, złożony z włókien Purkinyego, który ponizej części błoniastej przegrody międzykomorowej *(septum membranaceum)* dzieli się na ramię prawe i lewe. Ramię prawe przebiega ku dołowi wzdłuż przegrody międzykomorowej od strony komory prawej zwykle w podsierdziowej warstwie mięśnia, a lewe przebiega tuż pod wsierdziem w przegrodzie od strony komory lewej. Oba ramiona rozgałęziają się wkrótce, a te gałązki, złożone również z włókien Purkinyego przechodzą w końcu w zwykłe włókna mięśnia sercowego".

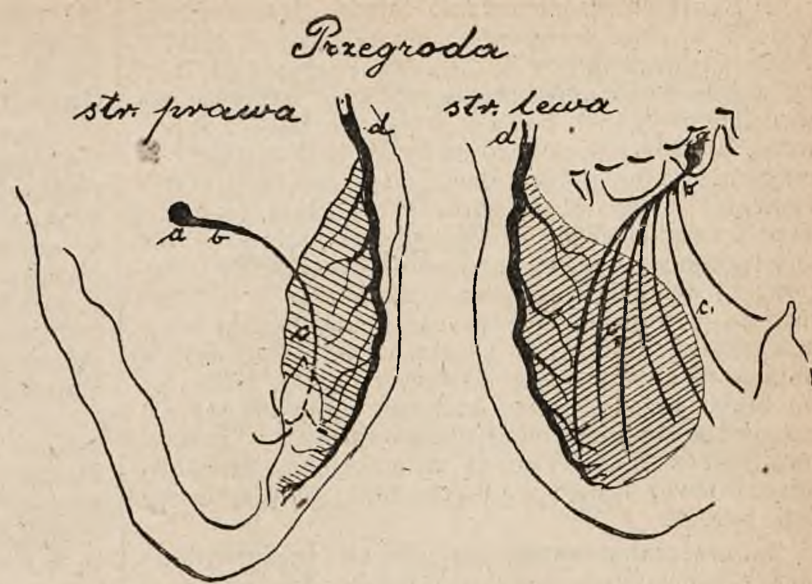
Węzeł zatokowy odżywia gałązka prawej tętnicy wieńcowej — *ramus atrialis dexter*. Gałązka ta tworzy połączenia z małą tętniczką, wychodzącą z lewej tętnicy wieńcowej. Tak więc węzeł zatokowy jest rzeczywiście zaopatrywany przez obydwie tętnice wieńcowe, to jest prawą a także i lewą. Doświadczenia Rothbergera i Scherfa wykazały, że podwiązanie jednej z tych gałązek nie zatrzymuje czynności węzła zatokowego.

Węzeł Tawary i pęczek Hisa zaopatruje duża gałązka prawej tętnicy wieńcowej — *ramus septi fibrosi*. Z tego wynika, że w przypadkach zmian zakrzepowych w tętnicy wieńcowej prawej przychodzi do niedokrwienia węzła i pęczka Hisa, czego nie ma w zawałach ściany przedniej (w zaczopowaniu tętnicy wieńcowej lewej). Lewe ramię pęczka Hisa zaopatrują gałązki tętnicy wieńcowej lewej i prawej, unaczynienie jest więc podwójne. Natomiast prawe ramię pęczka Hisa zaopatruje tylko gałązka zstępująca tętnicy wieńcowej lewej, unaczynienie jest zatem pojedyncze.

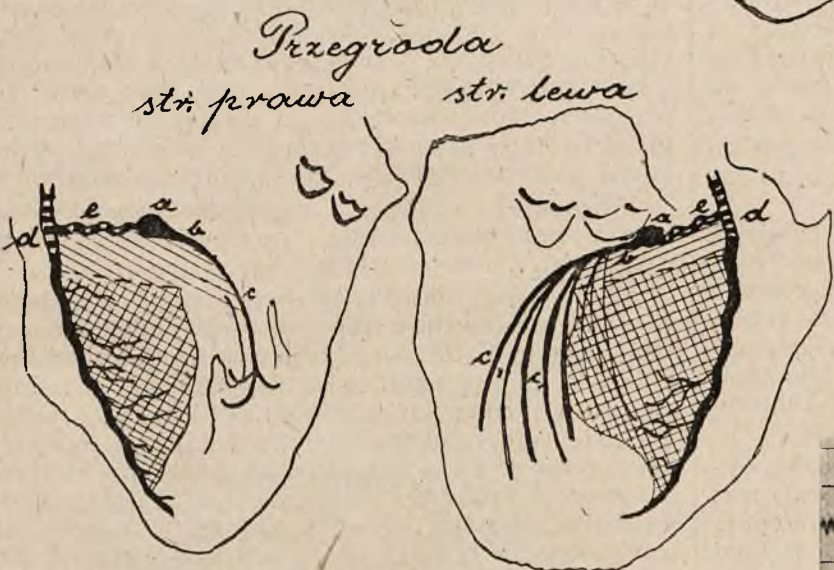
Podobnie jak przy unaczynieniu mięśnia roboczego tak i tutaj spotykamy się z pewnymi odchyleniami od powyżej podanych norm w unaczynieniu układu przewodzącego. Odchylenia te mogą być natury fizjologicznej i patologicznej i zależeć od innego odejścia gałązek unaczyniających lub od licznych połączeń między nimi. Dla przykładu podam, że unaczynienie węzła Tawary i pęczka Hisa w 10% przypadków może być z lewej tętnicy wieńcowej. Jednakże wówczas, według Mahaima, tętnica wieńcowa lewa daje również gałązkę przegrodową tylną, tak że według tego autora unaczynienie węzła Tawary jest zawsze „tylne" z jakiejkolwiek tętnicy wieńcowej odchodzi jego naczynie.

Zmiany, które mogą zaistnieć w związku z zawałem umiejscowionym w przebiegu układu przewodzącego ujmuje Mahaim w dwie formy zależnie od różnego unaczynienia (z lewej lub z prawej tętnicy wieńcowej) układu przewodzącego.

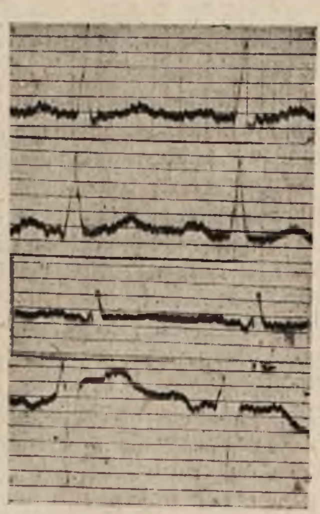
1) Skutkiem zaczopowania tętnicy przegrodowej przedniej i jej *rami perforantes*, która odchodzi od tętnicy wieńcowej lewej, powstaje zawał przegrody przedniej. Prawa gałązka pęczka Hisa ulega zupełnemu przerwaniu, a z lewej gałązki zniszczone są rozgałęzienia przednie. Postać ta występuje przy zaczopowaniu tętnicy wieńcowej lewej (zawał ściany przedniej), dając według Mahaima, tzw. zespół wieńcowy przedni. Klinicznie wyraża się on jako niedomoga lewej komory i blok gałązki prawej (według starego mianownictwa, to jest blok gałązki przebiegający z lewogramem), zob. ryc. 1.



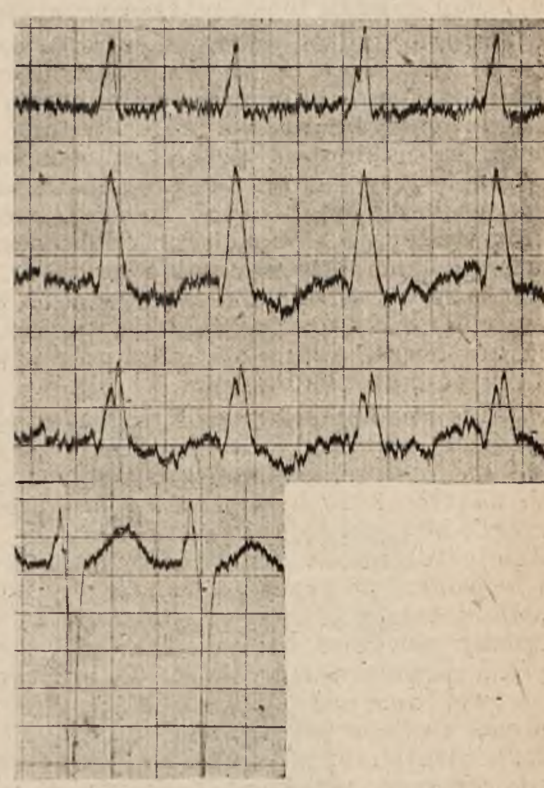
Ryc. 1. Schemat, przedstawiający zaczopowanie tętnicy przegrodowej przedniej, odchodzącej od tętnicy wieńcowej lewej, które daje tzw. zespół wieńcowy przedni według Mahaima



Ryc. 2. Schemat, przedstawiający zaczopowanie tętnicy przegrodowej tylnej, odchodzącej od tętnicy wieńcowej prawej; w następstwie przychodzi do tzw. zespołu wieńcowego tylnego, forma wysoka i forma niska według Mahaima.



Ryc. 3 a. Chory Ozięb Ekg wykonany na 3 tygodnie przed zawałem



Ryc. 3 b. Chory Ozięb. Ekg wykonany w 3 dniu zawału

2) Skutkiem zaczopowania tętnicy przegrodowej tylnej i jej *rami perforantes*, odchodzącej od tętnicy wieńcowej prawej, powstanie zawał przegrody tylnej. Tu należy odróżnić formę wysoką, w której ulega uszkodzeniu węzeł Tawary i pęczek Hisa i formę niską, w której częściowo są tylko uszkodzone rozgałęzienia tylne gałązki lewej. Jest to tzw. zespół wieńcowy tylny Mahaima. We formie wysokiej zespołu wieńcowego tylnego przychodzi do bloku przedsionkowo-komorowego z objawami Adams-Stokesa, ze zwolnieniem tętna i zapadem. W postaci niskiej, gdzie zaczopowanie następuje poniżej odejścia gałązki tętniczej do pęczka Hisa, nie występują zmiany ze strony węzła Tawary i pęczka Hisa (nie ma bloku przedsionkowo-komorowego), ani też zaczopowanie to nie zmieni przewodnictwa w gałązce lewej, gdyż zachowane są rozgałęzienia przedniej gałązki lewej i nie powstanie blok gałązki lewej. Zob. ryc. 2.

Zaburzenia powstałe na skutek zaczopowania naczyń wieńcowych serca w układzie przewodzącym serca mogę podzielić, na podstawie 430 przypadków zawału mięśnia sercowego, które spostrzegałem na oddziele I B Szpitala św. Łazarza od 1933—1945, u chorych stałych i dochodzących na dwie grupy:

1) grupę przypadków, w której przyszło do zaburzeń we wytwarzaniu podniet,

2) grupę, w której przyszło do zaburzeń przewodnictwa.

Do pierwszej grupy zaliczymy chorych, u których występują skurcze dodatkowe, częstoskurcz komorowy, rytm węzłowy, migotanie przedsionków, migotania i trzepotanie komór. W drugiej grupie znajdują się przypadki bloku przedsionkowo-komorowego, bloku gałazki, bloku śródkomorowego.

Pierwsza grupa chorych, u których wystąpiły zaburzenia we wytwarzaniu podniet. Skurcze dodatkowe, które niejednokrotnie występują zaraz na początku zawału, a także i później w toku leczenia, są najczęstszą przyczyną niemiarowości w tej grupie przypadków. Skurcze dodatkowe mogą być pochodzenia przedsionkowego lub komorowego i nieraz występują z wielu ognisk lub w salwach. Posiadają jedynie duże znaczenie rokownicze, świadcząc, zależnie od rodzaju skurczów dodatkowych lub od występywania z różnych ognisk, o stopniu uszkodzenia mięśnia sercowego. Stwierdzaliśmy je w około 40% przypadków zawału serca.

Częstoskurcz komorowy spostrzegano w czterech przypadkach zawału ściany przedniej i w jednym przypadku zawału kombinowanego (przednio-tylnego). Zaburzenie to było zawsze rokowniczo złym objawem. W jednym przypadku zawału ściany przedniej stwierdzano przejściowo rytm węzłowy niski ,w jednym przypadku zawału ściany przedniej trzepotanie komór ze zejściem śmiertelnym.

Zmiany powyższe nie przedstawiały większego znaczenia rozpoznawczego dla zawału sercowego ani tym więcej umiejscawiającego. Mogły być tylko brane pod uwagę w rokowaniu. Powstają one w następstwie różnych czynników takich, jak uszkodzenia mięśnia sercowego przez ognisko martwicze (skurcze dodatkowe), lub odruchowo z powodu czynnościowego uszkodzenia serca. Częstoskurcz zatokowy, rytm węzłowy mogą powstać w następstwie zaczopowania prawej tętnicy wieńcowej, która zaopatruje węzeł zatokowy (obok wieńcowej lewej) i węzeł Tawary.

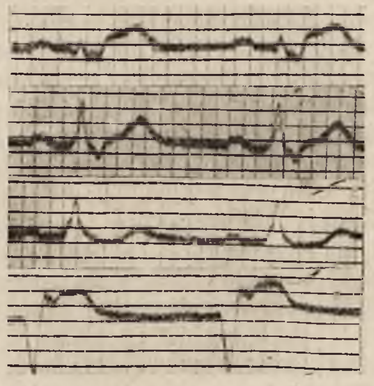
Zmianą, mającą pewne znaczenie rozpoznawcze było migotanie przedsionków które znaleziono w 11 przypadkach zawału sercowego, tj. w $2,5\%$ przypadków, w tym 7 razy w zawale ściany tylnej, 1 raz w zawale ściany przedniej, 1 raz w zawale ściany przedniej i tylnej, 1 raz w zawale bocznym i 1 raz w zawale komory prawej. W jednym przypadku zawału ściany przedniej migotanie przedsionków wystąpiło w 3 miesiącu leczenia chorej. Było przejściowe i prawdopodobnie niezależne od sprawy zawałowej. W przypadkach zawału przednio-tylnego, zawału komory prawej i zawału bocznego, nie dało się dokładnie ustalić daty wystąpienia migotania przedsionków. Jeśli chodzi o przypadki zawału ściany tylnej, to u 4 chorych można było dokładnie oznaczyć datę pojawienia się migotania przedsionków, gdyż zeszła się ona równocześnie z wystąpieniem objawów bólowych. U trzech pozostałych zaś chorych z zawałem tylno-ściennym nie można było z wszelką pewnością powiedzieć, kiedy wystąpiło migotanie przedsionków, gdyż chorych tych objęliśmy w leczenie kilka miesięcy po zawale mięśnia sercowego.

Przypadki, w których migotanie przedsionków występywało równocześnie z zaczopowaniem tętnicy wieńcowej, przedstawiały się następująco:

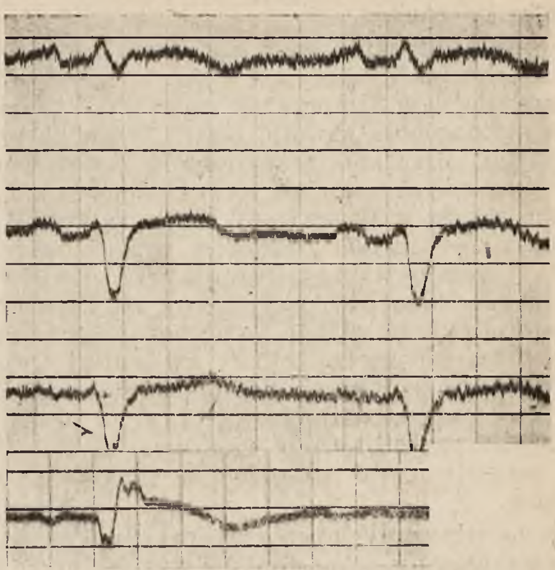
Chory Ozięb, lat 49. W dniu zawału, w którym wystąpił bardzo silny ból w okolicy serca, trwający kilka godzin i duszność, pojawiła się równocześnie z bólem niemiarowość zupełna, której poprzednio chory nie miał, a która została potwierdzona badaniem elektrokardiograficznym, wykonanym na trzeci dzień zawału. Poza niemiarowością zupełną, elektrokardiogram wykazał zaznaczone Q w II i III odprowadzeniu, obniżenie S—T i ujemne T zbliżone do wieńcowego w II i III odpr., a zatem znamiona zawału ściany tylnej. Opadanie wynosiło 20 — średnia z dwóch godzin, migotanie przedsionków utrzymywało się aż do zejścia śmiertelnego, które nastąpiło w miesiąc po zawale z powodu niedomogi serca lewego i prawego Należy nadmienić, że elektrokardiogram, wykonany u tego chorego na 3 tygodnie przed zawałem, nie wykazywał żadnych zaburzeń rytmu ani też poważniejszego uszkodzenia mięśnia sercowego. Zob. ryc. 3 a, 3 b.

Chory Michał, lat 64. W dniu zawału przychodzi równocześnie ze silnym parugodzinnym bólem za mostkiem — migotanie przedsionków, którego chory nigdy poprzednio nie miał. Przy wystąpieniu bólu chory stracił na chwilę przytomność. Elektrokardiogram wykazuje migotanie przedsionków i zawał ściany tylnej. Migotanie przedsionków utrzymuje się aż do zejścia śmiertelnego, które wystąpiło w 3 tyg. po zawale.

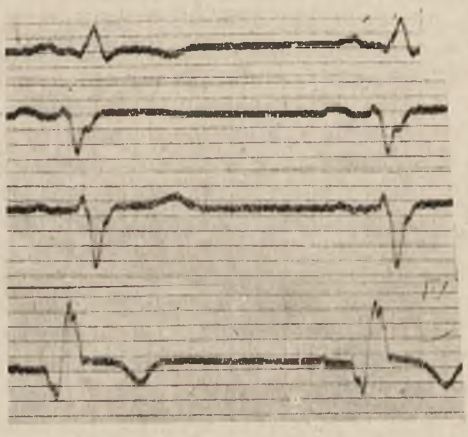
Podobnie przedstawiała się sprawa w dwóch innych przypadkach (chore w wieku od 50—60 lat), w których równocześnie z wystąpieniem bóli zawałowych stwierdzono klinicznie, a wkrótce potem i elektrokardiograficznie migotanie przedsionków. U jednej z tych chorych z chwilą pojawienia się bóli i niemiarowości zupełnej przyszło do zemdlenia. Chora



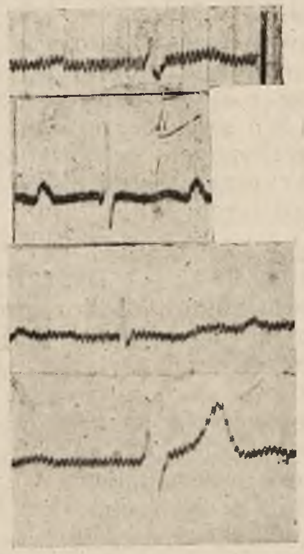
Ryc. 4 a. Chory Strzep, Ekg w 1 dniu zawału



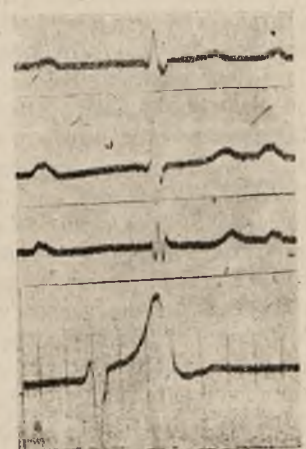
Ryc. 4 b. Chory Strzep Ekg w 12 dniu zawału



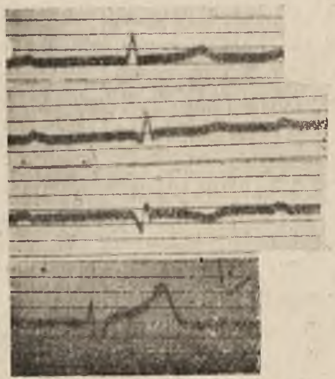
Ryc. 4 c. Chory Strzep, Ekg w trzy lata po zawale



Ryc. 5 a. Chory Mar. Ekg w $1^1/_2$ tyg. po wystąpieniu zawału



Ryc. 5 b. Ekg w 2 mies. po wystąpieniu zawału



Ryc. 5 c. Ekg wyk. w 15 mies. po 1 zawale a w pierwszych dniach 2 zawału

ta wyszła cało ze zawału, druga chora zmarła w kilka tygodni po zawale.

W przypadkach zawału z migotaniem przedsionków śmiertelność była dość duża, bo na 11 chorych 7 zmarło, w tym 3 chorych w ciągu kilku tygodni od czasu wystąpienia zawału, reszta zaś w okresie późniejszym. Migotanie przedsionków, które występowało u naszych chorych ze zawałem serca, było zmianą trwałą w 10 przypadkach, a tylko w 1 przypadku przedstawiało charakter przejściowy. Duża częstość występywania migotania przedsionków w zawale ściany tylnej (7 przypadków na 11) tłumaczy się uszkodzeniem układu przewodzącego w następstwie zakrzepu prawej tętnicy wieńcowej, która odżywia węzeł zatokowy (obok tętnicy wieńcowej lewej). Poza tym uszkodzenie prawego przedsionka zakrzepem prawej tętnicy wieńcowej może być również powodem dla wystąpienia migotania przedsionków.

Ze spostrzeganych przez nas przypadków wynika, że jeśli migotanie przedsionków wystąpi nagle i równocześnie z bólami w okolicy serca, to może ono w tych razach świadczyć za zaczopowaniem tętnicy wieńcowej prawej. W tych więc przypadkach miałoby migotanie przedsionków znaczenie lokalizacyjne dla zawału mięśnia sercowego, który równocześnie z nim wystąpił. Ponieważ migotanie przedsionków można rozpoznać na podstawie zwykłego badania tętna lub serca bez uciekania się do badań elektrokardiograficznych, miałoby ono tym większe znaczenie praktyczne w razie równoczesnego wystąpienia z bólami serca.

Druga grupa przypadków, w której przychodzi do uszkodzenia przewodnictwa.

Bloki gałązki i bloki śródkomorowe.

Na możliwość wystąpienia bloku gałązki lub bloku śródkomorowego w związku z zaczopowaniem tętnicy wieńcowej, zwrócili uwagę po Mahaimie autorzy amerykańscy, a w szczególności sprawą tą zajęli się Master, Dack i Jaffe. Autorzy ci spostrzegali zaburzenia przewodnictwa śródkomorowego przede wszystkim u tych chorych, którzy już poprzednio przebyli zaczopowanie tętnicy wieńcowej, gdyż $^3/_4$ ich chorych z powyższą zmianą elektrokardiograficzną dotyczyło przypadków z drugim lub trzecim napadem zawału serca. Rzadziej zmiany te występywały przy pierwszym zawale sercowym. Według zdania tych autorów bloki śródkomorowe i bloki gałązki w ich przypadkach miały charakter stały i tylko u kilku chorych były przejściowe. U swoich 375 chorych ze zawałem mięśnia sercowego spostrzegali — blok gałązki lewej 29 razy, blok gałązki prawej 7 razy, blok śródkomorowy 10 razy. Nagłe pojawienie się zaburzeń śródkomorowych powinno według ich zdania skierować rozpoznanie w kierunku zawału sercowego, zwłaszcza jeśli występują objawy kliniczne, takie jak shok lub niedomoga serca.

U naszych 430 chorych ze zawałem mięśnia sercowego spostrzegaliśmy przedłużenie przewodnictwa śródkomorowego, które wynosiło od 0,11—0,15 sekundy, czyli tzw. blok śródkomorowy w 27 przypadkach, bloki gałązki w 17 przypadkach w tym 1 raz blok gałązki prawej i 16 razy blok gałązki lewej według mianownictwa amerykańskiego, tzw. blok arboryzacji w 9 przypadkach. U 53 zatem chorych, tj. w 12,3% pojawiło się upośledzenie przewodnictwa śródkomorowego. W $^1/_3$ naszych przypadków, przebiegających ze zaburzeniami przewodnictwa śródkomorowego można było oznaczyć że zaburzenie to wystąpiło wcześnie, tj. w pierwszych dniach zawału. W reszcie przypadków nie dało się oznaczyć czasu upośledzenia przewodnictwa śródkomorowego, gdyż albo chorzy zgłaszali się późno po zawale mięśnia sercowego, albo zawały były skojarzone a zatem możliwości wcześniejszego uszkodzenia przewodnictwa nie dało się wykluczyć. Zaburzenie przewodnictwa śródkomorowego było w przeważnej ilości naszych przypadków stałe. Spostrzegaliśmy również i przejściowe bloki śródkomorowe, ale w ilości znikomej (5 przypadków). Występowało też cofanie się przedłużenia w przewodnictwie śródkomorowym, o 0,01 do 0,02 sek. i więcej z pozostawieniem w dalszym ciągu bloku śródkomorowego, tj. przedłużenia czasu Q R S powyżej 0,10 sek. W niektórych znowu przypadkach przedłużenie przewodnictwa śródkomorowego narastało w toku obserwacji chorego z chwilą pogarszania się objawów i wystąpienia niewydolności serca, lub też, gdy wystąpił nowy zawał sercowy.

Bloki śródkomorowe spostrzegaliśmy w zawałach przedniościennych w 7 przypadkach, w zawałach tylnościennych w 6 przypadkach, w zawałach skojarzonych (przednio-tylnych) w 7 przypadkach, w tętniakach komorowych w 4 przypadkach. W 3 przypadkach nie dało się oznaczyć miejsca zawału na podstawie elektrokardiogramu. Blok gałązki lewej stwierdzono w 4 przypadkach zawału przedniościennego, w 1 przypadku zawału tylnościennego, w 1 przypadku zawału skojarzonego, w 6 przypadkach tętniaka komorowego, w 4 zaś przypadkach nie dało się oznaczyć miejsca zawału. Blok gałązki prawej wystąpił w 1 przypadku zawału przedniościennego, tzw. blok arboryzacji stwierdzono w 3 przypadkach zawału przedniościennego, w 1 przypadku zawału tylnościennego, w 2 przypadkach zawału skojarzonego, w 2 przypadkach tętniaka komorowego, w jednym zaś przypadku nie dało się oznaczyć miejsca zawału w mięśniu sercowym.

Jak z tego zestawienia wynika, na ogólną sumę 53 przypadków zaburzeń przewodnictwa śródkomorowego, które wystąpiło u naszych chorych ze zawałem sercowym, jedynie w ośmiu przypadkach nie można było umiejscowić zawału według elektrokardiogramu. W reszcie przypadków można było oznaczyć dokładnie miejsce zawału, co we wielu przypadkach potwierdzono autoptycznie. Zawał serca umiejscawiano według elektrokardiogramu w myśl ogólnie przyjętych zasad, a zatem według zachowania się załamków Q, S—T i T. Należy tu również podkreślić, że odprowadzenia przedsercowe oddawały duże usługi w umiejscawianiu zawału sercowego. W przypadkach, w których zaczopowanie wystąpiło przed kilku laty a elektrokardiogram wykazywał blok gałązki czy blok śródkomorowy, nieraz tylko głębokie Q w IV odpr. stanowiło jedyny ślad w elektrokardiogramie po przebytym zawale.

Duże znaczenie rokownicze miała wielkość upośledzenia przewodnictwa śródkomorowego, gdyż zwykle przypadki ze szerokim zespołem Q R S (powyżej

0,13 sek.) przebiegały ciężej i kończyły się śmiertelnie. Nagłe wystąpienie zaburzenia w przewodnictwie śródkomorowym należy przy odpowiednich danych w wywiadach lub przy objawach równocześnie występującej niedomogi serca uważać za objaw elektrokardiograficzny, potwierdzający zawał mięśnia sercowego. Zaburzenia w przewodnictwie śródkomorowym spostrzegaliśmy zarówno wśród chorych z pierwszym zawałem serca, jak u chorych z drugim lub następnym zawałem serca. Uderzająca była wśród naszych chorych ilość przypadków ze zaburzeniami przewodnictwa śródkomorowego w tętniaku komorowym, co się łatwo tłumaczy rozległą i ciężką zmianą anatomiczną mięśnia sercowego, jaka występuje w tych razach.

Badania doświadczalne (Rothberger, Wilson, Storm, Koumans i inni) wykazały, że podwiązanie tętnicy przegrodowej wywołuje blok gałązki z małymi jedynie wyjątkami. Jest rzeczą zrozumiałą, że skoro pęczek Hisa i główne pnie gałązki lewej i prawej przebiegają w przegrodzie międzykomorowej, to gdy wystąpi uszkodzenie tejże przegrody na skutek zawału, przychodzi wówczas do uszkodzenia układu przewodnictwa, a co zatem idzie do bloku gałązki lub bloku śródkomorowego. Za tym przemawia doświadczenie kliniczne, wykazujące, że w $^4/_5$ przypadków zawału mięśnia sercowego, przebiegających z blokiem gałązki, zajęta jest przegroda międzykomorowa (Master i in.). Nasze przypadki zawału mięśnia z przedłużeniem przewodnictwa śródkomorowego, które doszły do autopsji (15 przypadków), wykazywały również w ok. 70% zajęcie przegrody międzykomorowej.

Spostrzegaliśmy jednakowoż, podobnie jak to zaznaczają autorowie amerykańscy zajęcie przegrody międzykomorowej już to przez świeży zawał, już to przez bliznę pozawałową bez zmian śródkomorowoblokowych w elektrokardiogramie (przypadki autoptyczne). W tych razach można przyjąć za Grossem wytłumaczenie, że albo dzięki obfitym połączeniom między lewą a prawą tętnicą wieńcową nie przychodzi do upośledzenia krążenia w układzie przewodnictwa, albo że dopływ krwi do układu przewodzącego nie jest upośledzony mimo zaczopowania naczynia wieńcowego, jeśli zaczopowanie znajduje się obwodowo od odejścia gałązek przegrodowych. W tych razach znajdywałem autoptycznie zmiany zawałowe w dolnych częściach przegrody międzykomorowej (przykoniuszkowo).

Praktycznie rzecz biorąc należy przyjąć, że jeśli w zawale mięśnia sercowego wystąpi blok gałązki lub blok śródkomorowy, to zajętą jest przegroda międzykomorowa na dość dużej przestrzeni, względnie w swych częściach górnych. Często w tych razach przychodzi również do upośledzenia przewodnictwa przedsionkowo-komorowego. Zaburzenie w przewodnictwie przedsionkowo-komorowym tłumaczy wówczas bliskie sąsiedztwo węzła Tawary i pęczka Hisa, leżących obok uszkodzonego przez zawał miejsca w przegrodzie międzykomorowej. Jeśli natomiast zawał obejmuje części przegrody, ułożone dość odlegle od węzła Tawary i pęczka Hisa, wtedy nie przychodzi do zmian w przewodnictwie przedsionkowo-komorowym, a może przyjść tylko do upośledzenia przewodnictwa śródkomorowego.

Zachodzi pytanie, czy na podstawie rodzaju bloku gałązki da się umiejscowić zawał ściany przedniej czy tylnej. Jak wspomniałem powyżej, Mahaim rozróżnia w związku ze zawałem w przegrodzie dwa rodzaje zmian, dotyczących układu przewodzącego. W nazwanym przez niego zespole wieńcowym przednim, w którym ulega zaczopowaniu, gałązka przegrodowa z lewej tętnicy wieńcowej przychodzi do zupełnego przerwania prawej gałązki Hisa, zaopatrywanej przez tę tętnicę, podczas gdy z lewej gałązki przerwaniu mają ulegać tylko rozgałęzienia przednie. Elektrokardiograficznie powstaje wówczas wg Mahaima blok gałązki z lewogramem, który ma być charakterystycznym objawem dla zaczopowania tętniczki przegrodowej, wychodzącej z lewej tętnicy wieńcowej. Wielu autorów podziela zapatrywania Mahaima (Hochrein, Heinrichs i inni). Inni jednakowoż (Master, Apfelbaum, i Nicolson, Schwartz i inni) sądzą, że na tej podstawie nie można lokalizować zawału sercowego, gdyż blok gałązki lewej lub prawej znachodzi się tak w zaczopowaniu tętnicy wieńcowej lewej jak prawej. Również nasze spostrzeżenia przemawiają za tym, że o ile blok gałązki może świadczyć w pewnych okolicznościach za zawałem przegrody, to jednak z rodzaju bloku gałązki (prawej lub lewej) nie można wnioskować, czy zaczopowaniu uległa tętnica wieńcowa lewa czy prawa. Rozróżnianie więc tzw. zespołu wieńcowego przedniego wg Mahaima, na podstawie zmian spostrzeganych w zakresie układu przewodzącego, a charakteryzujących się blokiem gałązki lewej wg nowego mianownictwa, nie jest właściwe i nie służy do określenia miejsca zawału. Jak już wyżej wspomniano, konieczne jest, by obok bloku gałązki wystąpiły w elektrokardiogramie charakterystyczne znamiona zawałowe, jak głębokie Q, wieńcowe T itp.

Jakkolwiek zatem elektrokardiograficznie z bloku gałązki czy też bloku śródkomorowego nie jesteśmy w stanie określić dokładnie czy zaczopowaną została tętnica wieńcowa prawa lub lewa, niemniej można z tego typu elektrokardiogramu wyciągnąć pewne korzyści rozpoznawcze i rokownicze. Przede wszystkim wystąpienie bloku gałązki lub bloku śródkomorowego wśród okoliczności wyżej podanych wskazuje na zmianę zawałową i to zajmującą przegrodę międzykomorową. Jeśli do tej zmiany blokowej nie dołączy się z czasem inne odchylenie elektrokardiograficzne, jakie spostrzegamy w zawałach ściany przedniej lub tylnej, wtedy nie jest się w stanie określić, które naczynie wieńcowe zostało zaczopowane, lewe czy prawe. We większości jednak przypadków zachowanie się załamków Q, S—T i T, zwłaszcza w odprowadzeniach przedsercowych pozwala na dokładne umiejscowienie zawału przegrodowego. Okoliczność, że zawał znajduje się w przegrodzie międzykomorowej i że upośledza przewodnictwo śródkomorowe, jest sprawą dużej wagi, jeżeli chodzi o rokowanie. Nic więc dziwnego, że w tych przypadkach śmiertelność zawałów wzrasta w dwójnasób, a zatem do 50% jak za tym przemawiają nasze spostrzeżenia, które są zgodne ze spostrzeżeniami z piśmiennictwa.

Chciałbym jeszcze pokrótce nadmienić o zaburzeniach w przewodnictwie śródkomorowym, jakie spotykałem w zawałach ściany tylnej, (opisane przeze mnie w P. A. M. W., tom XVII, z. 1). Jeśli w zawałach ściany przedniej czas Q R S był zawsze jednakowy we wszystkich odprowadzeniach tego samego elektrokardiogramu, niezależnie od tego, czy przewodzenie zespołów Q R S było prawidłowe czy przedłużone, to w zawałach ściany tylnej sprawa przedstawiała się odmiennie. W zawałach ściany tylnej zespoły Q R S były przedłużone w odprowadzeniu drugim i trzecim lub w trzecim i czwartym lub wreszcie tylko w IV w porównaniu z czasem Q R S z odpr. I lub I i II (to samo zresztą dotyczyło czasu Q T). Przedłużenie przewodzenia zespołu komorowego Q R S we wymienionych odprowadzeniach występywało w pierwszych dniach po zawale i było albo przejściowe albo, częściej, przechodziło z biegiem czasu na wszystkie odprowadzenia tego samego elektrokardiogramu. Szybkie przedłużanie się przewodzenia zespołu Q R S (w ciągu paru dni) z odprowadzeń zawałowych, na wszystkia odprowadzenia tego samego elektrokardiogramu rokowało źle.

Dla zilustrowania zawału przegrodowego podam dwa przykłady z zakresu bloku śródkomorowego i bloku gałązki.

1) Chora D., lat 38. W dniu 9 VIII. 1940 roku doznała silnego kłucia i bóli w okolicy serca, duszności, które to objawy po zastrzyku morfiny ustąpiły. Po 4 dniach ból powtórzył się w znacznie większym nasileniu i trwał kilkanaście godzin. Elektrokardiogram wykonany 13, VIII, a zatem w dniu, kiedy wystąpił drugi silny ból, wykazał blok śródkomorowy (Q R S = 0,11—0,12 sek.). Obniżenie S T w II i III odpr. z dwufazowym T w tych odprowadzeniach wskazywało na zaczopowanie tętnicy wieńcowej prawej. Równocześnie jednak wystąpiło głębokie Q i podniesienie S T w IV odprowadzeniu oraz spłaszczone T w I odpr., które to odchylenia wskazywały na równoczesne zaczopowanie tętnicy wieńcowej lewej. Dalsza obserwacja kolejno wykonywanych elektrokardiogramów wykazywała następowe pogłębianie się obniżonego odcinka S—T w II i III odpr. i spłaszczanie a nawet chwilowe odwrócenie załamków T w tychże odprowadzeniach. Równocześnie z tym odcinek S—T w IV odpr. ulegał większemu podwyższeniu, a S—T w I odpr. nieznacznemu podwyższeniu. Dopiero z końcem 4 mies. po zaczopowaniu, załamki T. w I i II odpr. stały się z powrotem dodatnie, a odcinek S—T w tych odprowadzeniach izoelektryczny. Załamek T w III odpr. pozostał dwufazowy, a T w IV odpr., jak poprzednio dodatnim przy nieznacznym podwyższeniu S—T i głębokim Q w IV odpr. Blok śródkomorowy (Q R S = 0,11—0,12 sek.) utrzymywał się stale i pozostał niezmieniony przez 5 i 1/2 roku obserwacji chorej.

Nie zawsze jednak blok śródkomorowy pozostaje niezmieniony przez szereg lat, gdyż częściej, z biegiem czasu przewodnictwo śródkomorowe ulega dalszemu przedłużeniu lub, rzadziej, cofnięciu się, lub nawet blok środkomorowy może przejść w blok gałązki. Ostatnio wymieniony wypadek spostrzegałem u jednego chorego ze zawałem ściany przedniej (chory Strzep, lat 52), który w pierwszym dniu zawału wykazywał obok typowych cech zawału ściany przedniej rozszerzenie zespołu komorowego Q R S = 0,12 sek., a w 12 dniu po wystąpieniu świeżych bóli wytworzył się blok gałązki lewej przy Q R S = nadal 0,12 sek. Blok gałązki utrzymywał się przez następne 3 lata obserwacji chorego, jedynie zespół Q R S poszerzył się do 0,15 sek. Zob. Ryc. 4 a, 4 b i 4 c.

Zawał mięśnia sercowego z blokiem przedsionkowo-komorowym spostrzegliśmy u 20 chorych, tj. 4,6% w czym było 18 przypadków bloku przedsionkowo-komorowego niezupełnego z przedłużeniem czasu P—Q od 0,02 do 0,45 sek., jeden przypadek bloku przedsionkowo-komorowego zupełnego i jeden przypadek okresów Luciani Wenckebach. W zawale ściany przedniej występował blok przedsionkowo-komorowy w 8 przypadkach, w zawale ściany tylnej blok przedsionkowo-komorowy niezupełny wystąpił w 8 przypadkach, poza tym stwierdzono jeden przypadek bloku przedsionkowo-komorowego zupełnego i jeden przypadek okresów Luciani Wenckenbach. W zawałach skojarzonych blok przedsionkowo-komorowy niezupełny wystąpił w dwóch przypadkach. Znaleziono wreszcie wśród naszych chorych jeden przypadek bloku zatokowo-przedsionkowego.

Wystąpienie bloku przedsionkowo-komorowego w zawale ściany tylnej może być tłumaczone trwałym uszkodzeniem krążenia w *ramus septi fibrosi* skutkiem zamknięcia tejże tętniczki, lub też przejściowym upośledzeniem krążenia w zakresie tej tętniczki, wywołującym niedożywianie węzła Tawary. W pierwszym wypadku mamy do czynienia z zaczopowaniem *ramus septi fibrosi* (zakrzep, rzadko zator), w drugim wypadku zaburzenia krążenia tejże tętniczki można przypisać wstrząsowi, spadkowi ciśnienia tętniczego, lub obocznym zmianom w krążeniu na skutek zajęcia pnia tętnicy wieńcowej prawej. Czynniki ogólne jak wstrząs, spadek ciśnienia tętniczego powodują, że wystąpienie bloku przedsionkowo-komorowego spostrzega się nie tylko w zaczopowaniu tętnicy wieńcowej prawej, ale także w zaczopowaniu tętnicy wieńcowej lewej. Przejściowy charakter wspomnianych czynników ogólnych wywołujących chwilowe niedożywienie węzła Tawary, z wystąpieniem bloku przedsionkowo-komorowego niezupełnego, tłumaczy nam zwrotność zmian blokowych. To też w większości naszych przypadków, blok przedsionkowo-komorowy trwał po wystąpieniu zawału zaledwie kilka, kilkanaście dni. W paru zaledwie przypadkach blok przedsionkowo-komorowy utrzymywał się przez kilka lat.

Jak z powyższego wynika, zaburzenia w przewodnictwie przedsionkowokomorowym występowały zarówno w zawałach ściany przedniej jak tylnej (jak również w zawałach skojarzonych). Jeśli przychodziło do przedłużenia przewodnictwa przedsionkowo-komorowego w zawałach przednio-ściennych, to zwyczajnie bywało ono nieduże i dochodziło w naszych przypadkach do 0,25 sek. Nie spostrzegaliśmy natomiast w tych razach poza wspomnianym przedłużeniem czasu P—Q innych zmian blokowych, przedsionkowo-komorowych. Przedłużenie czasu P—Q było zmianą zwrotną i nieraz po zawale ustępowało. Od-

powiednia krzywa elektrokardiograficzna, znamienna dla zawału ściany przedniej, wyjaśniała w tych razach, że wystąpienie zmian blokowych między przedsionkiem a komorą, pozostawało w związku z zaczopowaniem lewej tętnicy wieńcowej i pojawiło się na skutek wyżej przytoczonych czynników natury ogólnej (shok, spadek ciśnienia tętniczego).

Inaczej przedstawia się sprawa z zaburzeniem przewodnictwa przedsionkowo-komorowego w zawale ściany tylnej. W tych razach spostrzegaliśmy obok przypadków z blokiem przedsionkowo-komorowym niezupełnym, w którym przedłużenie czasu P—Q dochodziło nawet do 0,45 sek., również i przypadki w których występowały okresy Luciani Wenckenbach i blok przedsionkowo-komorowy zupełny, a zatem te postacie zaburzeń przewodnictwa przedsionkowo-komorowego, które świadczą za głębszą zmianą w pęczku Hisa lub we węźle Tawary, albo wreszcie w gałązce lewej i prawej równocześnie, powstałą w tych razach na tle zaburzeń odżywczych, po zaczopowaniu tętnicy wieńcowej. Wystąpienie tego rodzaju zaburzeń w przewodnictwie przedsionkowo-komorowym może świadczyć nawet bez innych zmian elektrokardiograficznych za zaczopowaniem tętnicy wieńcowej prawej. W większości jednak przypadków, obok wymienionych zmian blokowych między przedsionkiem a komorą, dołączały się w naszych przypadkach cechy elektrokardiograficzne, charakterystyczne dla zawału ściany tylnej.

Blok przedsionkowo-komorowy niezupełny, który występował w pierwszych godzinach zawału tylnościennego, cofał się w niektórych przypadkach w kilka dni po zawale lub też utrzymywał się przez kilka lat, ulegając z czasem narastaniu, lub przechodził nawet w blok przedsionkowo-komorowy zupełny. Z obserwacji naszych przypadków, wynika że nawet przy zaczopowaniu *ramus septi fibrosi*, może przyjść do zmian blokowych odwracalnych, co należy tłumaczyć albo wystąpieniem krążenia obocznego, albo możliwością zaczopowania niezupełnego.

Wystąpienie bloku przedsionkowo-komorowego w zawale ściany tylnej było nieraz ważny czynnikiem, który rozstrzygał o umiejscowieniu zawału. Z tego też względu o ile podany przez Mahaima zespół przednio-wieńcowy nie odpowiada dzisiejszym poglądom na zawały przegrodowe, to wyodrębniony przez niego zespół tylno-wieńcowy, postać wysoka, posiada duże znaczenie praktyczne. W przypadkach naszych zawału ściany tylnej z blokiem przedsionkowo-komorowym spostrzegaliśmy niejednokrotnie występywanie zespołu Adams-Stokesa. Zespół ten jednak nie pojawiał się we wszystkich przypadkach wyżej wspomnianych, tak jak z drugiej strony spostrzegaliśmy zespół ten i w przypadkach zawału ściany przedniej a nieraz występywał z innej przyczyny, a nie w następstwie bloku przedsionkowo-komorowego. Jeśli zespół Adams-Stokesa dołączy się do bloku przedsionkowo-komorowego, to równoczesne wystąpienie obydwu tych zmian, przy odpowiednich wywiadach, świadczy za zaczopowaniem tętnicy wieńcowej prawej.

Rokowanie w przypadkach wystąpienia bloku przedsionkowo-komorowego w zawałach mięśnia sercowego jest różne. O ile zmiana powyższa pojawi się w zawale ściany przedniej, gdzie zwykle jest niedużą i przejściową, to nie wpływa źle na rokowania. To samo dotyczy rokowania w zawałach tylno-ściennych, jeśli blok przedsionkowo-komorowy ustępuje w pierwszych dniach po zawale. Natomiast wystąpienia w zawale ściany tylnej bloku przedsionkowo-komorowego niezupełnego lub zupełnego, który nie cofa się, a nawet wykazuje skłonność do postępowania, rokuje źle. Nasze przypadki kończyły się w tych razach *cum exitu* do dwóch, trzech lat po wystąpieniu zawału.

Wspomniano powyżej, że blok przedsionkowo-komorowy może wystąpić bez typowych znamion elektrokardiograficznych zawału i wtedy przy odpowiednich wywiadach może świadczyć za zaczopowaniem *ramus septi fibrosi*, odchodzącej od tętnicy wieńcowej prawej.

Przykładem na wybiorcze zaczopowanie *ramus septi fibrosi* jest chory Mar., lat 50, u którego wystąpiły typowe bóle zawału serca, trwające kilka godzin, po czym przyszła kilkudniowa gorączka, spadek ciśnienia, zwiększenie ilości krwinek białych, przyspieszenie opadania krwinek. Elektrokardiogram wykonany w $1^1/_2$ tygodnia po wystąpieniu bólów wykazał blok przedsionkowo-komorowy niezupełny z czasem P—Q = 0,38 sek., a poza tym słabo ujemne T w II i III odpr. Mimo nietypowego elektrokardiogramu rozpoznano zaczopowanie tętnicy wieńcowej prawej, a mianowicie zaczopowanie *ramus septi fibrosi*. Ta zmiana tłumaczyła blok przedsionkowo-komorowy niezupełny, jaki wystąpił w tym przypadku. U chorego tego rozpoznano więc zawał tylko przegrodowy (w *septum fibrosum*) bez zajęcia tylnej ściany lewej komory, za czym przemawiała krzywa elektryczna, nie wykazująca poza blokiem przedsionkowo-komorowym, innych cech charakterystycznych dla zawału ściany tylnej. Przemawiała zatem również dalsza obserwacja chorego i badania elektrokardiograficzne. Elektrokardiogram, wykonany w dwa miesiące po zaczopowaniu wykazywał w dalszym ciągu blok przedsionkowo-komorowy niezupełny z przedłużeniem czasu P—Q większym, bo wynoszącym 0,45 sek. Załamki T były już dodatnie w czterech odprowadzeniach. Chory nie odczuwał poza łatwym męczeniem się żadnych dolegliwości. W pół roku później blok przedsionkowo-komorowy niezupełny z czasem P—Q 0,45 sek. utrzymuje się nadal. Załamki Q, T, odcinek S—T bez odchyleń od normy.

W 15 miesięcy po pierwszym zawale chory doznaje powtórnie parogodzinnego ataku bólu w okolicy serca, po czym występuje podwyższenie kilkudniowe gorączki do 38° C, spadek ciśnienia krwi ze 130/80 na 110/70, zwyżka O B do 50 średnia z dwóch godzin, jednym słowem wszystkie objawy drugiego zawału sercowego. Elektrokardiograficznie stwierdza się wówczas głębokie Q 3 i Q 2, wieńcowe T 3 i dwufazowe T 2. Blok przedsionkowo-komorowy z czasem P—Q, wynoszącym 0,48 sek. (Zob. ryc. 5 a, 5 b i 5 c). Chory zmarł w pół roku później.

Jak wynika z powyższego opisu, do powstałego przy pierwszym zawale bloku przedsionkowo-komorowego przy powtórnym zawale dołączyły się elektrokardiograficznie typowe znamiona zawału ściany tylnej. Tak więc elektrokardiogram, który zanoto-

wano przy drugim zawale, stanowił potwierdzenie, że drugie zaczopowanie objęło już większy pień gałązki tętnicy wieńcowej prawej ze zajęciem tylnej ściany lewej komory. Odosobniona pierwsza zmiana zawałowa umiejscowiona w przegrodzie międzykomorowej, przeszła z czasem na często spotykany zawał ściany tylnej.

Przypadek ten jest tym ciekawszy, że odosobniony zawał przegrody *(septum fibrosum)* nie jest częsty i raczej spotykamy się ze zmianami zawałowymi przegrody w następstwie zawału ściany tylnej. Wówczas stwierdza się elektrokardiograficznie typowe zmiany zawałowe ściany tylnej przy bloku przedsionkowo-komorowym niezupełnym. Znamiona elektrokardiograficzne zawału ściany tylnej ulegają z czasem przekształceniu, pozostawiając jednak ślady w elektrokardiogramie po przebytym zawale (głębokie Q, zmiany w załamkach T), co, jak wiemy, odbywa się w ciągu kilku do kilkunastu miesięcy. Natomiast blok przedsionkowo-komorowy niezupełny bywa w tych razach przejściowy i może cofnąć się w ciągu kilku do kilkunastu dni. Zmiany elektrokardiograficzne przedstawiają się zatem w tych razach odwrotnie niż w przypadku przytoczonym, w którym blok przedsionkowo-komorowy był zmianą pierwszą i stałą, a cechy elektrokardiograficzne, charakterystyczne dla zawału ściany tylnej były początkowo nieobecne.

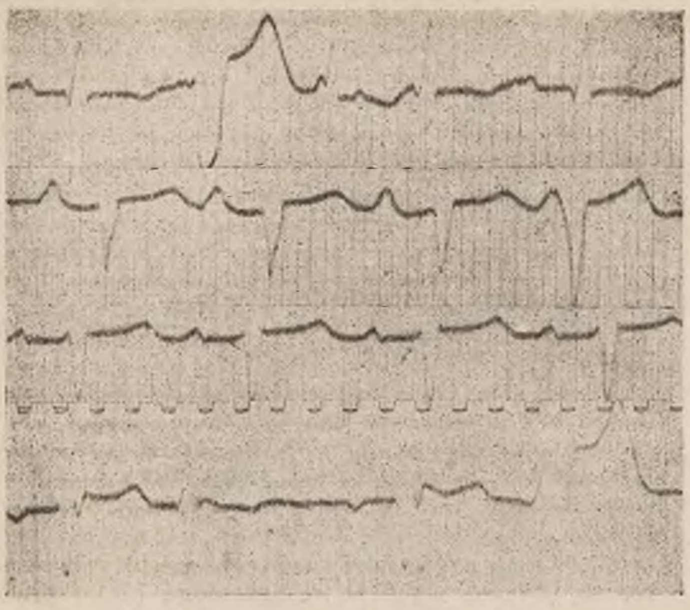
W związku z zaburzeniami w przewodnictwie a w szczególności w przewodnictwie przedsionkowo-komorowym, spostrzegaliśmy u naszych chorych z zawałem serca w 5 przypadkach zespół Adams Stokesa. Ze względu na rzadkość tego zjawiska w przypadkach zawału serca, omówię szczegółowiej nasze spostrzeżenia. Zespół Adams Stokesa występuje wówczas, jeśli ustaje doprowadzenie krwi do mózgu z powodu nienależytego krążenia Jeśli brak krążenia trwa kilka sekund (3—4 sek.), może ono nie dać żadnych objawów mózgowych. Przy braku krążenia mózgowego powyżej 4 sek., występuje niekiedy tylko zawrót głowy. Nieprzytomność zaś i omdlenie pojawią się jeśli krążenia mózgowego brak jest powyżej 10 sek. Gdy zaś przerwa w krążeniu przedłuży się, jeszcze więcej, przychodzą drgawki kończyn, oddanie moczu i stolca. Ustanie krążenia obwodowego powyżej 3—4 minut powoduje śmierć (Scherf). Rozwinięty zespół Adams Stokesa charakteryzuje się napadami utraty przytomności, trwającymi od kilku sekund do kilku minut, do których przyłączają się drgawki o typie epileptoidalnym, rzężące oddychanie, mogące przejść w bezdech.

Zespół ten może wystąpić z dwóch różnych przyczyn (Scherf): 1) w następstwie częstoskurczu, który wywołuje nienależyte wypełnienie komór, te zaś wyrzucają tak mało krwi do obwodu, że praktycznie krążenie stoi. Według tego autora już częstoskurcz ze 180 uderzeniami na minutę, występując np. u ludzi starszych ze zmianami sklerotycznymi naczyń (napadowe migotanie przedsionków) może wywołać objawy Adams Stokesa. Z drugiej strony autor ten spostrzegał częstoskurcz o ilości uderzeń 324 na minutę bez objawów anoksemii mózgowej 2) zespół Adams Stokesa może być wywołany wystąpieniem bloku przedsionkowo-komorowego zupełnego, przy czym niższe ośrodki układu przewodzącego są tak uszkodzone, że nie występuje odrazu automatyzm komorowy. Mamy tu do czynienia z rzeczywistym ustaniem czynności serca, a więc przedsionków i komór, albo tylko komór, przy czym przedsionki biją jeszcze regularnie. Należy podkreślić, że przejściowe ustanie czynności serca można wywołać również wyjątkowo zahamowaniem nerwu błędnego (ucisk na *carotis*). Zespół Adams Stokesa może wreszcie wystąpić przy innych jeszcze zaburzeniach rytmu, o czym wspominam poniżej.

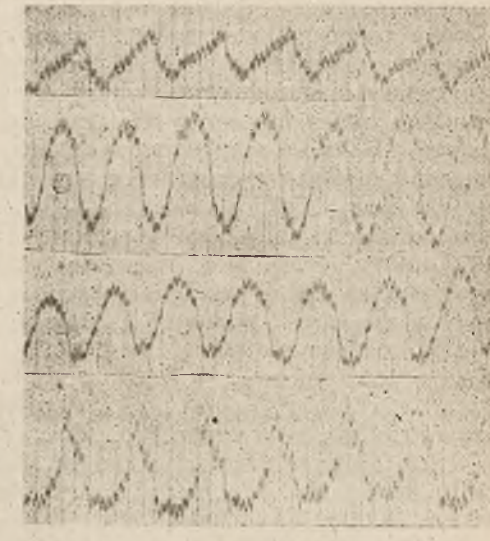
Kliniczne odróżnienie obydwu form jest nieraz bardzo trudne nawet przy obserwacji chorych w czasie napadu, gdyż w obydwu postaciach nie stwierdza się wówczas ani tętna obwodowego, ani nie wysłuchuje się tonów nad sercem. Niemożność wysłuchania tonów w czasie częstoskurczu nad sercem, tłumaczy się wielką częstością skurczu komór. Nieraz znowu tony przedsionkowe *(systole en écho)*, które mogą być wysłuchiwane w czasie napadów Adams Stokesa w przebiegu bloku przedsionkowo-komorowego mogą naśladować tony serca. Rozstrzygające jest w tych razach badanie elektrokardiograficzne, o ile możności w czasie napadu i oczywiście spostrzeganie kliniczne przed i po napadzie, które wykazuje czy zaburzenie rytmu serca polega na bloku przedsionkowo-komorowym czy też na częstoskurczu.

W przypadkach napadów Adams Stokesa, które występują w następstwie zaczopowania tętnic wieńcowych, najczęstszą przyczyną pojawienia się tego zespołu chorobowego, jak wykazały badania Mahaima i Geraudela, jest niedokrwienie węzła Tawary, spowodowane zwężeniem światła naczynia odżywiającego węzeł. Jeśli zespół Adams Stokesa przy bloku przedsionkowo-komorowym wystąpi w następstwie ostrego zawału mięśnia sercowego, to wtedy należy przyjąć, że zawał umiejscowiony jest w tylnej ścianie lewej komory i w przegrodzie *(septum fibrosum)*. Badanie elektrokardiograficzne może w tych razach nawet nie wykazać cech zawału ściany tylnej, gdyż w większości przypadków występują równocześnie zaburzenia przewodnictwa śródkomorowego które zniekształcają załamki elektrokardiogramów (Sydney Schwartz). Według tego autora amerykańskiego, który spostrzegał 15 przyp. zespołów Adams Stokesa w przebiegu zaczopowania tętnic wieńcowych, rokowanie u tych chorych nie jest złe, gdyż 7 jego chorych przeżyło przeciętnie 26 miesięcy, a tylko 4 zmarło w ciągu czterech dni (przeciętnie), a 4 żyje dalej, mając normalny rytm zatokowy.

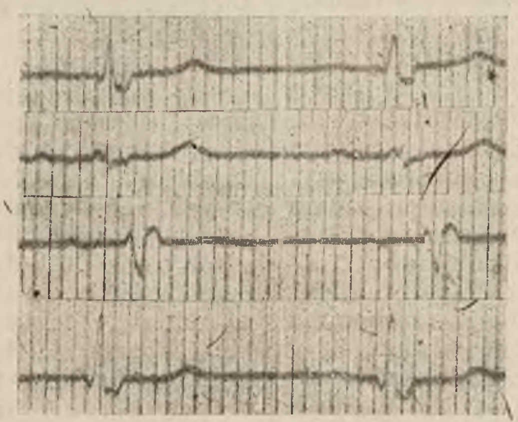
Trzymając się wyżej wymienionego podziału, musimy wyróżnić wśród naszych chorych z zawałem serca, u których wystąpił zespół Adams Stokesa dwie, względnie trzy grupy przypadków. Pierwsza grupa dotyczyła przypadków zawałów serca z częstoskurczem, przy którym wystąpił wymieniony zespół, w drugiej grupie przypadków spostrzegano blok przedsionkowo-komorowy, w przebiegu którego przyszło do niedokrwienia mózgu i pojawienia się zespołu Adams Stokesa. Do trzeciej grupy zaliczyliśmy przypadek zawału serca, w którym nie udało się nam stwierdzić mimo dokładnego spostrzegania chorego w czasie napadu Adams Stokesa ani częstoskurczu, ani bloku przedsionkowo-komorowego. Do



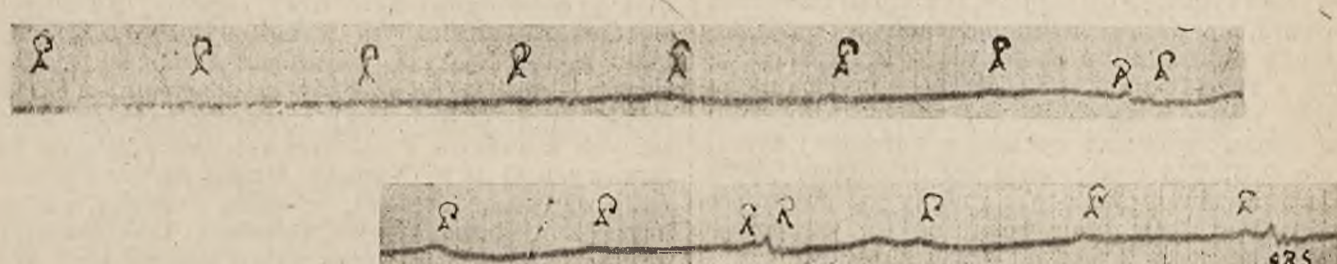
Ryc. 6 a. Chory Wiecz. Ekg wykonany w $1\frac{1}{2}$ r. po pierwszym zawale, a tuż (na kilkanaście godzin) przed drugim zawałem



Ryc. 6 b. Ekg wykonany w drugim dniu drugiego zawału (opis w tekście)



Ryc. 7 a. Chory Koc. Ekg w $\frac{1}{2}$ roku po zawale



Ryc. 7 b. Ekg w czasie napadu Adams Stokesa

pierwszej grupy, w której częstoskurcz był przyczyną wystąpienia napadów Adams Stokesa, musimy zaliczyć dwa nasze przypadki.

Przypadek pierwszy dotyczył chorego lat 42, Wiecz., który przed półtora rokiem przebył zawał przednio-tylny, stwierdzony elektrokardiograficznie. Po tym okresie czasu zgłosił się chory do badania ze skargami na łatwe męczenie się i zadyszkę. Bóli nie odczuwał. Badanie chorego wykazało dużego stopnia zmiany mięśniowo-sercowe z powiększeniem lewej komory przy niskim ciśnieniu krwi, 110 70. Serce w okresie zaczynającego się niewyrównania, zwłaszcza komory lewej. Elektrokardiogram wykonany wówczas potwierdził przebycie przednio i tylnościennego zawału serca, wykazał jednak poza tym niemiarowość extrasystoliczną komorową wieloogniskową i przedsionkową. W czasie przeprowadzadzania tych badań chory dostał bóli w okolicy serca, które były tak silne, że wymagały zastrzyków morfiny. Na drugi dzień po wystąpieniu bóli ciśnienie krwi spadło do 50 Mx. Mn. nie dało się oznaczyć. Leukocytoza 18,200, ciepłota 36,8° C, OB — 2,75 średnia z dwóch godzin. Tętno prawie niewyczuwalne, niemiarowe. Czynność serca przyspieszona. Embriokardia, ilość uderzeń 240 na minutę (Ekg). Chory niespokojny, ortopnoiczny, skarży się na ciągłe bóle klatki piersiowej z przodu. Wykonany wówczas elektrokardiogram wykazał trzepotanie komór, które trwało przez parę godzin, aż do zejścia śmiertelnego. W czasie trwania trzepotania komór chory tracił parę razy przytomność, przy czym skóra stawała się blado-sina, występywały drgawki, tętno było niewyczuwalne, a tony serca niesłyszalne. Utraty przytomności trwały przez parę sekund. Chory zmarł w czasie ataku Adams Stokesa. (Zob. ryc. 6 a i 6 b).

W przypadku tym w czasie tworzenia się drugiego zawału sercowego (po półtorarocznej przerwie) wystąpiły w następstwie daleko posuniętych zmian mięśniowo-sercowych, najpierw wieloogniskowe skurcze dodatkowe komorowe i przedsionkowe, które były wstępem do trzepotania komór. Napady Adams Stokesa, które pojawiły się w przebiegu trzepotania komór zaraz z początkiem drugiego zawału, były zarazem przyczyną zejścia śmiertelnego tego chorego.

Podobny przypadek, ale o zejściu szczęśliwym i przebiegu bardzo łagodnym, spostrzegliśmy u chorej lat 60, która przy rannym ubieraniu się straciła przytomność i upadła na podłogę. Po powrocie do świadomości, w kilkanaście minut później poczuła chora niemiarowe bicia serca, a w kilka godzin później silny ból w okolicy serca, trwający przez kilka godzin. Wezwany lekarz domowy, który stale miał chorą przed tym w swojej opiece, stwierdził ku swemu zdziwieniu, niemiarowość zupełną (tachyarytmia), jakiej nigdy poprzednio u chorej nie było i spadek ciśnienia z 200/110 na 120/80. W następnych dniach przyszły stany podgorączkowe, elektrokardiogram zaś wykonany wówczas wykazał zawał ściany tylnej o typie Q 3, T 3 i migotanie przedsionków. Chora wyszła z zawału obronną ręką i nigdy już potem nie miała omdleń. (migotanie przedsionków utrzymuje się nadal tj. prz z 2 lata od czasu zawału).

W przypadku tym należy przyjąć poronną formę napadu Adams Stokesa, który wystąpił z chwilą zaczopowania tętnicy wieńcowej prawej, w następstwie czego przyszło do zawału ściany tylnej i równoczesnego migotania przedsionków. Nagła zmiana rytmu i przejście w tachyarytmię wywołało ostre niedokrwienie mózgu z omdleniem na skutek złego krążenia. Ponieważ krążenie szybko poprawiło się i ukrwienie mózgu z powrotem stało się dobre, nie spostrzegaliśmy już u tej chorej dalszych napadów Adams Stokesa, a napad, który wystąpił na początku, był raczej napadem poronnym, bez drgawek. Przyczyną zemdlenia w przypadku naszej chorej nie mógł być ból, który wystąpił dopiero w godzinę po powrocie do przytomności, nie był też shok, który był zaledwo zaznaczony u chorej.

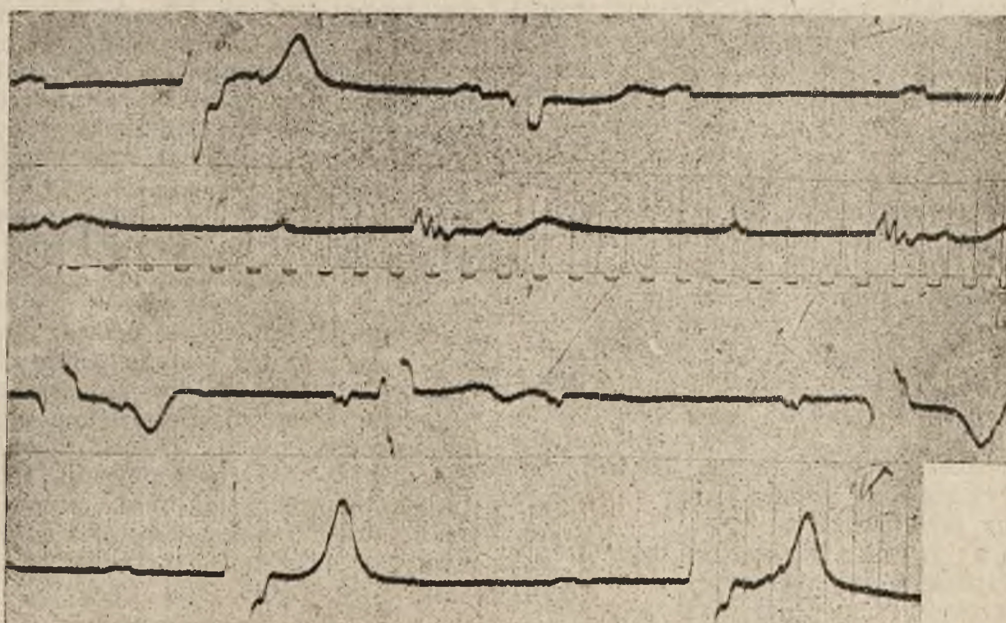
Do tej grupy zespołu poronnego Adams Stokesa na tle równoczesnego wystąpienia zawału i migotania przedsionków, należy wliczyć te przypadki, które zaczynają swój zawał migotaniem przedsionków i omdleniem. Chorych takich spostrzegaliśmy więcej.

W drugiej grupie przypadków, w których zespół Adams Stokesa wystąpił w przebiegu bloku przedsionkowo-komorowego, spostrzegano dwóch chorych z zawałem serca. Chory Koc, lat 60 odnosi początek swej choroby do upadku z wysokosci 2 metrów. Odczuł wówczas silny ból w lewym boku i okolicy serca, ale przytomności nie stracił. Od tego czasu miewał częste zawroty głowy i ściskające bóle w okolicy mostka, połączone z brakiem tchu. Mimo leczenia (strofantyna, eufilina) bóle mostka i lewej ręki, dochodzące aż do szyi, nie ustępywały. W pół roku po tym wypadku powróciwszy z pracy do domu, stracił nagle przytomność na 10 minut (?), po powrocie do świadomości odczuł uderzenia krwi do głowy. Chorego przywieziono na Oddział I B, gdzie stwierdzono hypertonią 200 95, która w następnych dniach spadła do 145/90, poszerzenie serca zwłaszcza lewego, nad sercem dwa ciche tony, mocz bez zmian, azot pozabiałkowy 40 mg, chlorki we krwi 640 mg, zasób zasad 66°/₀ dwutlenku węgla. Odczyn Wassermana ujemny. Waga 90 kg. Tętno 60—70 uderzeń na minutę. Elektrokardiogram wykazał tak zwany blok Wilsona (Q R S = 0,12 sek.) oraz blok przedsionkowo-komorowy z czasem P—Q = 0,25 sek.

Pod wpływem leczenia (łóżko, strofantyna, eufilina) stan chorego poprawił się, bóle zniknęły, a napady nieprzytomności nie występywały. W 4 miesiące później chory zgłosił się powtórnie na oddział z ponownymi skargami na utratę przytomności. Elektrokardiograficznie stwierdzono wówczas blok przedsionkowo-komorowy niezupełny z wypadaniem skurczu komór. W miesiąc zaś później stwierdzono blok przedsionkowo-komorowy zupełny. Na zdjęciu elektrokardiograficznym wykonanym w czasie napadu Adams Stokesa (utrata przytomności, bladość twarzy, brak tętna i tonów nad sercem, niekiedy nawet drgawki kończyn) wykazano występywanie samych załamków P na krzywej, bez zespołów komorowych Q R S. Napady Adams Stokesa powtarzały się coraz częściej, w kilka miesięcy później przyszła niedomoga serca prawego. Elektrokardiogram wykazywał wówczas naprzemienny blok Wilsona z blokiem gałązki prawej i blok przedsionkowo-komorowy zupełny, przy czym przy bloku Wilsona

zespoły komorowe Q R S wynosiły 0,12 sek., przy bloku gałązki prawej Q R S równe 0,18 sek. Chory zmarł w dwa lata od czasu pojawienia się bóli sercowych. (Zob. ryc. 7 a, b i c).

W przypadku tym napady Adams Stokesa wystąpiły dość późno, bo w pół roku po pojawieniu się bóli sercowych (zawałowych), a więc zespół Adams Stokesa w przypadku tym nie był następstwem ostrego zaczopowania tętnicy wieńcowej, lecz rozwinął się później na skutek zmian w przegrodzie, powstałych skutkiem zaczopowania tętnicy wieńcowej prawej i *ramus septi fibrosi*. Napady Adams Stokesa występywały z powodu bloku przedsionkowo-komorowego niezupełnego, a następnie zupełnego, obok którego stwierdzono zmiany niższych ośrodków układu przewodzącego: blok Wilsona i występujący później blok gałązki prawej. Napady Adams Stokesa trwały u chorego z przerwami półtora roku i doprowadziły do zejścia śmiertelnego.



Ryc. 7 c. Ekg w 15 mies. od czasu wystąpienia zawału (objaśnienie w tekście)

Drugi chory, lat 62, Koest., wychodząc z rozprawy sądowej uczuł nagle na ulicy silny ból za mostkiem i silny zawrót głowy. Wszedł do najbliższego sklepu i tam nieprzytomny upadł na podłogę. Przewieziony natychmiast do szpitala odzyskał przytomność po półgodzinie, a ból za mostkiem zmniejszył się. Elektrokardiograficznie stwierdzono u niego typowy zawał ściany tylnej (typ Q 3, T 3, Q 2, T 2) z równoczesnym blokiem przedsionkowo-komorowym pod postacią okresów Luciani Wenckebacha. Blok przedsionkowo-komorowy ustąpił w kilka dni później, a u chorego nigdy już potem nie znajdowano utraty przytomności.

Przypadek ten jest typowym przykładem wystąpienia zespołu Adams Stokesa zaraz w pierwszych chwilach zaczopowania tętnicy wieńcowej prawej, gdy zaburzenia krążenia przeniosą się również na *ramus septi fibrosi* i dadzą ostrą nieraz tylko chwilową, ischemię węzła Tawary. Z chwilą wyrównania krążenia w tejże gałązce (w następstwie powstania krążenia obocznego lub poprawy krążenia przy niezupełnym zaczopowaniu tejże gałązki) objawy bloku przedsionkowo-komorowego ustępują. Wystąpienie zespołu Adams Stokesa w pierwszym okresie zaczopowania tętnicy wieńcowej prawej u naszego chorego było zatem następstwem bloku przedsionkowo-komorowego i niewystąpienia automatyzmu komorowego skutkiem uszkodzenia (na tle sklerotycznym) niższych ośrodków układu przewodzącego. Za tym ostatnim przemawiały zmiany elektrokardiograficzne później stwierdzone u chorego w postaci bloku śródkomorowego.

Spostrzegaliśmy wreszcie przypadek zawału ściany przedniej u chorego, lat 54, który doznał nagle silnego bólu mostka, trwającego pół godziny z promieniowaniem do obu rąk, przy czym wystąpiły objawy wstrząsu (chory zlany zimnym potem, szaro-blady). Elektrokardiogram wykazał u niego w drugim dniu zawału w odprowadzeniu IV głębokie Q, podniesione S—T i wieńcowe T. W odpr. I T było płaskie. Czas P—Q = 0,18 sek., Q R S — 0,08 do 0,10 sek. W trzecim dniu OB — 35 średnia z dwóch godzin, spadek ciśnienia 170/95 na 130/90. Tętno 80 na minutę. W 5 dni po wystąpieniu zawału (chory przez cały czas leżał w łóżku) zaczęły występywać napady Adams Stokesa, które przedstawiały się następująco: Najpierw chory odczuwa pobolewania w okolicy mostka, tętno, które dotychczas było 80 na minutę i miarowe, zaczyna przyspieszać do 120 na minutę i staje się niemiarowe (niemiarowość extrasystoliczna?). Równocześnie z tym przychodzi do utraty przytomności, zblednięcie twarzy, drgawki kończyn górnych, dolnych mięśni karku, mięśni żuchwy. Tętno na obwodzie znika, nad sercem nie wysłuchuje się tonów. Po kilku sekundach chory czerwienieje na twarzy (kolor szkarłatu), skurcze mięśniowe zwalniają, po czym znikają, powoli pojawia się tętno,

powraca przytomność, zupełna niepamięć napadu. Z chwilą pojawienia się przytomności pojawia się tętno nad tętnicą sprychową, początkowo nieregularne, zwolnione do 40 na minutę (podobnie nad k niuszkiem), następnie przyspiesza do 110. Elektrokardiogramów w czasie ataków ze względów technicznych nie dało się przeprowadzić, a chory zmarł na drugi dzień po piątym, czy szóstym ataku Adams Stokesa.

Jeżeli w poprzednich przypadkach należących do ostro wyodrębnionych dwóch różnych grup można było ustalić przyczynę wystąpienia napadów Adams Stokesa (częstoskurcz, lub blok przedsionkowo-komorowy), to w tym przypadku nie dało się tego uskutecznić. W czasie napadu nie można było wykonać badania elektrokardiograficznego, a elektrokardiogram przed napadem wykazywał jedynie zawał ściany przedniej i żadnych zmian ze strony układu przewodzącego. Na podstawie badania klinicznego mogliśmy stwierdzić, że napad rozpoczynał się częstoskurczem niedużego stopnia i niemiarowością, a po powrocie do przytomności występowało wolne tętno, które później przechodziło w przyspieszone i niemiarowe, przy czym zwolnienie (40 na minutę) występywało na zmianę co parę sekund z niemiarowym częstoskurczem (110 na minutę). Te gwałtowne zmiany tętna i jego niemiarowość świadczyły o dużych zaburzeniach w układzie przewodzącym, których jednak określić dokładnie bez elektrokardiogramu nie dało się. Mogła tu wchodzić w grę interferencja dwóch rytmów, o której wspomina Sydney Schwartz, że może być przyczyną wystąpienia zespołu Adams Stokesa. Przypadek ten jest zarazem przykładem wystąpienia zespołu Adams Stokesa w zawale ściany przedniej.

Jak wynika z powyższych rozważań uszkodzenia powstałe w układzie przewodzącym z powodu zawału mięśnia sercowego mogą być różne, lecz zasadniczo można je uszeregować z punktu widzenia praktyczno-lekarskiego w 3 grupy:

1) migotanie przedsionków, 2) zaburzenia przewodnictwa śródkomorowego (bloki gałązki, bloki arboryzacji i bloki śródkomorowe), 3) bloki przedsionkowo-komorowe. Zaburzenia te występywały w naszych przypadkach zawału sercowego w następującej częstości: migotanie przedsionków w 11 przypadkach, tj. w $2,5^{0}/_{0}$, zaburzenia przewodnictwa śródkomorowego w 53 przypadkach, tj. w $12,3^{0}/_{0}$ i bloki przedsionkowo-komorowe w 20 przypadkach, tj. w $4,6^{0}/_{0}$. W sumie zmiany powyższe, świadczące za uszkodzeniem układu podnietotwórczego i przewodzącego wystąpiły w 84 przypadkach na 430 przypadków spostrzeganych zawałów, tj. w $19,5^{0}/_{0}$.

Ad 1) Migotanie przedsionków występuje w zawale mięśnia sercowego najczęściej w następstwie zaczopowania tętnicy wieńcowej prawej, jako wyraz uszkodzenia węzła zatokowego, względnie przedsionka prawego. Nagłe pojawienie się migotania przedsionków przy odpowiednich objawach klinicznych zawału serca powinno zawsze nasuwać podejrzenie na zaczopowanie tętnicy wieńcowej prawej.

Ad 2) Bloki gałązki, bloki śródkomorowe i bloki arboryzacji mogą wystąpić na skutek zaczopowania tętnicy wieńcowej lewej jak i prawej i świadczą o umiejscowieniu zawału w przegrodzie międzykomorowej. Rodzaj bloku gałązki nie rozstrzyga o tym, która tętnica wieńcowa uległa zaczopowaniu, dopiero zmiany w załamkach elektrokardiogramu (Q, S—T, T), które uważamy za charakterystyczne dla sprawy zawałowej, zwłaszcza zmiany w odprowadzeniach przedsercowych, rozstrzygają o umiejscowieniu zawału. Nagłe wystąpienie bloku gałązki lub bloku śródkomorowego powinno zawsze budzić podejrzenie na zawał przegrody międzykomorowej, nawet przy braku odpowiednich objawów klinicznych.

Ad 3) Zaburzenia przewodnictwa przedsionkowo-komorowego, jak bloki przedsionkowo-komorowe niezupełne lub zupełne, jeśli wystąpią w sposób nagły lub jeśli utrzymują się długo, przemawiają za zaczopowaniem *ramus septi fibrosi*, a więc za zaczopowaniem tętnicy wieńcowej prawej. Dołączenie się do powyższych zmian zespołu Adams Stokesa, utwierdza tylko wyżej podane umiejscowienie. Chwilowe i nieduże zaburzenia przewodnictwa przedsionkowo-komorowego można spotkać również w zawałach ściany przedniej (zaczopowanie tętnicy wieńcowej lewej), tak samo jak może wystąpić w zawałach ściany przedniej zespół Adams Stokesa (w związku z interferencją dwóch rytmów).

PIŚMIENNICTWO

Mahaim I.: Les maladies organiques du faisceau de His-Tawara, 1931 Paris. — Scherf D.: Lehrbuch der Elektrokardiographie, Wien 1937. — Hochrein M.: Myokardinfarkt Dresden 1937. — Master A., Dack S. i Jaffe H.: Am. Heart Journ. V 16, 283, 1938. — Schwartz S. P.: Am. Heart Journal V 11, 554, 1936. — de Waart A.: Storm C. J. and Koumans A. K. J., Am. H. J., V 12, 70, 1933. — Crainicianu A.: Virch. Arch. 238, 1, 1922. — Orłowski W.: Choroby serca i naczyń krwionośnych, Warszawa 1933. — Oszacki A.: Polska Gazeta Lekarska, Nr 25, 1936. — Kowalczykowa J.: Pol. Gaz. Lek., Nr 25, 1936. — Hrom S.: Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, t. 16, z. 2. — Burak M.: Pol. Arch., Med. Wewn. t. 16, zesz. 1. — Tochowicz L.: Pol. Gaz. Lek. Nr 42 i 43, 1936. — Szczeklik E., Pol. Gaz. Lek., Nr 25, 1936, Pol. Arch. Med. Wewn., t. 17, z. 1, Bullet. Soc. belge Cardiol. 6, 259, 1939.

Dr KONRAD KOSIERADZKI Warszawa

Przypadek krwawiączki leczony krwią konserwowaną oraz wyciągami z mięśni i wątroby

Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego. Dyrektor: prof. dr med. Witold Orłowski.

Opisany poniżej przypadek spostrzegaliśmy w Klinice w ciągu $5^{1}/_{2}$ miesięcy. Do omówienia go skłania nas z jednej strony przeprowadzenie licznych (ogółem 44) badań krzepliwości krwi i możność wglądu dzięki temu w problem związku między krzepliwością a skłonnością do krwawień w krwawiączce, z drugiej strony przeprowadzenie leczenia wstrzykiwaniami krwi konserwowanej, pozwalające na ocenę tej metody w porównaniu z przetaczaniem krwi bezpośrednio od dawcy, i wreszcie wyłaniające się w związku z przebiegiem przypadku zagadnienie skuteczności

leczenia krwawiączki wyciągami z mięśni i wątroby, podawanymi doustnie.

Chory, l. 26, kupiec, przybył do Kliniki 8 III 41 r. (L. dz. kl. 238. z r. 1940/41) z powodu trwającego od 3 tygodni i nie dającego się zatamować krwawienia z języka skaleczonego zębem. Ogólna ciepłota ciała od początku krwawienia nieco podniesiona, dochodziła do 38° C. Na tydzień przd przybyciem do Kliniki obrzękł prawy staw kolanowy.

Choroba trwa od wczesnego dzieciństwa. Miewał wówczas dość często krwawienia z nosa, które trudno było zatamować. Później zaczął miewać bolesne obrzmienia stawów z przekrwieniem i podniesieniem ciepłoty skóry w ich okolicy, ograniczeniem ruchów i podniesieniem ogólnej ciepłoty ciała. W 8—9-tym roku życia miewał tego rodzaju objawy w zakresie stawów skokowych; minęły one wówczas szybko i nie powracały. W ciągu następnych lat brzękły kolejno, bądź po urazie, bądź bez widocznej przyczyny, lewy staw kolanowy, stawy łokciowe, prawy staw kolanowy, stawy nadgarstkowe i od kilku miesięcy staw międzypaliczkowy między 1 a 2 członem wskazującego palca ręki lewej. W 14—15-tym roku życia przebywał przez 7 miesięcy w klinice chorób wewnętrznych Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie z powodu nie dającego się zatamować krwotoku z nosa. Nakłuwano tam obrzmiały lewy staw kolanowy i wydobyto krew. Po leczeniu w klinice czuł się zdrowy i krwawień nie miewał w ciągu 3—4 lat, a przez 2—3 lata nie miewał bólów ani obrzmień stawów. Po 18 roku życia krwawienia miewał rzadko i nieduże. Dopiero, gdy wraz z wybuchem wojny zmienił pracę biurową na uciążliwszą pracę w sklepie, zaczął je miewać częściej, jak również i obrzmienia stawów. Obrzmienia stawów kolanowych powtarzają się w okresie wojennym do kilku razy w miesiącu, gdy tylko więcej chodzi. W ich następstwie ruchomość w zakresie tych stawów uległa ograniczeniu. Zarówno krwawienia, jak i obrzmienia stawów pojawiają się najczęściej po grypie, na którą zwykle na jesieni zapada.

Wywiady rodzinne ujemne: ojciec matki był przez całe życie zdrów i umarł w 80 roku życia; danych co do dalszych przodków matki nie udaje się ustalić; brat matki żyje i jest zdrowy. Z rodzeństwa chorego dwoje żyje, zdrowych, jeden z braci zmarł na zapalenie płuc, drugi z powodu krwotoku z wrzodu trawiennego żołądka w 35 roku życia; chorował na żołądek przez kilka lat, a dolegliwości podobnych do tych, jakie ma chory, nie miewał nigdy.

Badanie przedmiotowe. Chory wzrostu 163 cm, waży 53,1 kg, budowy wątłej, w zachowaniu wrażliwy i nerwowy. W psychice, prócz dużej wrażliwości, mogliśmy później wielokrotnie spostrzegać pewien rys złośliwości i zgryźliwości. Na ten szczegół zwracam uwagę, gdyż jedna z prac, poświęcona psychice krwawców, podnosi go jako charakterystyczny. Skóra delikatna, blada, z lekkim odcieniem żółtawym. Wybitny dermografizm czerwony. Śluzówki blade. Białkówki lekko żółtawo podbarwione. Zęby na ogół dobrze utrzymane. drugi przedtrzonowy w górnej szczęce po stronie lewej spróchniały, ostry jego brzeg kaleczy język. Na lewym brzegu języka świeży, miękki skrzep krwi wielkości wiśni, spod którego sączy się krew w niewielkiej ilości. Kończyny: częściowe zesztywnienie obu stawów łokciowych i kolanowych, sprawiające, że w prawym stawie łokciowym może zginać rękę tylko do około 75°, a w lewym do 50° i wyprostować ręki całkowicie w obu stawach łokciowych nie może; w stawach kolanowych prostowanie odbywa się bez przeszkód, natomiast zginać może nogę najwyżej pod kątem prostym. W zakresie prawej kończyny górnej bardzo upośledzony jest, w następstwie zmian w stawie łokciowym, ruch supinacji. Prawy staw łokciowy wybitnie zniekształcony, w zakresie kłykcia bocznego kości ramieniowej jest na nim wygórowanie wielkości renklody. Lewy staw łokciowy również zniekształcony. lecz w stopniu mniejszym. Prawy staw kolanowy wybitnie obrzmiały, o zarysach zatartych, nieco bolesny; lewy staw kolanowy obrzmiały mniej. W obu stawach kolanowych podczas ruchów wybitne trzeszczenie. Staw międzypaliczkowy między 1 a 2 członem 2 palca lewej ręki obrzmiały i bolesny, ruchy czynne i bierne w nim bardzo ograniczone. Płuca bez odchyleń. Granice serca prawidłowe. Tony głuchawe, tętno 112/min. Ciśnienie tętnicze 115/65. Wątroba wystaje na dwa poprzeczne palce spod łuku żebrowego, jest lekko bolesna. Badanie moczu odchyleń nie wykrywa.

11. III 41. Czas krwawienia — 6′(23. III — $3^1/_2$′, 28,III—7′) objaw opaskowy ujemny, odczyn Biernackiego, badany sposobem Westergrena — 30/65 mm, grupa krwi — B. Skład morfologiczny krwi: Hb — 34%, krwinek czerwonych — 2260000/mm³, krwinek białych — 4300/mm³, krwinek płytkowych (sposobem Blachera) — 540000/mm³.

Ich skład morfologiczny wykazywał pewne odchylenia w sensie zwiększenia liczby normotrombocytów panchromatycznych apyknotycznych na niekorzyść pyknotycznych.

Wzór krwinek płytkowych, obliczony w odsetkach

Panchromatyczne						Akrochromatyczne						Achromatyczne		
Pyknotyczne			Apyknotyczne			Pyknotyczne			Apyknotyczne					
Makrotrombocyty	Normotrombocyty	Mikrotrombocyty	Makrotrombocyty	Normotrombocyty	Mikrotrombocyty	Makrotrombocyty	Normotrombocyty	Mikrotrombocyty	Makrotrombocyty	Normotrombocyty	Mikrotrombocyty	Makrotrombocyty	Normotrombocyty	Mikrotrombocyty
1	9	2	0	54	9	0	5	3	2	6	1	1	6	2

Gdy po pobraniu krwi z żyły do probówki okazało się, że wydzieliła ona pierwsze nitki włóknika dopiero po 1 godz. 45 min., a skrzepła całkowicie dopiero po 3 godzinach, stało się jasne, zwłaszcza wobec dość dobrej kurczliwości skrzepu i nieznacznie tylko przedłużonego lub prawidłowego czasu krwawienia (6′, $3^1/_2$′, 7′), że mamy do czynienia z krwawiączką. Za rozpoznaniem tym przemawiały wszystkie szczegóły wywiadów, a w badaniu przedmiotowym typ konstytucjonalny chorego, wygląd skrzepu na języku oraz zmiany stawowe. Rozpoznanie potwierdzała zwiększona liczba krwinek płytkowych we krwi (prawidłowa przy użyciu sposobu Blachera wynosi 315 do 440 tys.). Mogliśmy więc wyłączyć, zwłaszcza wobec wylewów krwawych dostawowych, jako dominującego objawu choroby, tudzież wobec braku plamicy, chorobę Werlhofa oraz trombastenię Glanzmanna i inne dziedziczne postacie krwawiączki rzekomej, w szczególności postać Willebranda i Jürgensa, zbliżoną do krwawiączki obrazem klinicznym, lecz różniącą sie prawidłowym czasem krzepnięcia i przedłużonym czasem krwawienia. Pozostało wyłączyć protrombinopenię i afibrynogenemię, wzgl. fibrynogenopenię, cechującą się również przedłużeniem czasu krzepnięcia. Protrombinopenia powstaje, jak wiadomo, na tle awitaminozy K, zależnej u dorosłych od zaburzenia wchłaniania tłuszczów w żółtaczce mechanicznej, lub też na tle ciężkiego uszkodzenia wątroby. Fibrynogenopenia może być nabyta (w białaczkach, gruźlicy, chorobach zakaźnych, zrakowaceniu szpiku kostnego, oparzeniach i również w ciężkich uszkodzeniach wątroby) lub też jest odziedziczona po jednym z rodziców i wtedy się zazwyczaj nie ujawnia, gdyż czas krzepnięcia, mimo zmniejszonej ilości fibrynogenu, pozostaje prawidłowy. W rzadkim wypadku odziedziczenia po obojgu rodzicach (małżeństwo krewnych) w następstwie spotkania się cechy recesywnej z obu stron występuje afibrynogenemia i wtedy krew wcale nie krzepnie, co różni tę postać od krwawiączki a także od wszystkich innych skaz krwotocznych. W fibrynogenopenii poza tym nie spotykano krwawień dostawowych. Tak więc, nie

uciekając się do oznaczania ilości fibrynogenu we krwi, mogliśmy wyłączyć jego zmniejszenie oraz brak u naszego chorego.

Ponieważ krwawienie nie przybierało cech groźnych, ograniczyliśmy się do przyłożenia wacika z wodą utlenioną na miejsce krwawiące. Doustnie zaś podaliśmy, wobec istnienia bólów stawowych, salicylan sodu, którego działanie chory odczuwał bardzo dodatnio. Po tygodniu krwawienie ustało całkowicie i skrzep z języka odpadł. Przeprowadziliśmy wówczas w ciągu 3 kolejnych dni 19, 20 i 21 III badania krzepliwości krwi sposobem Blachera. Wyniki potwierdziły spostrzeżone już w probówce zwolnienie krzepnięcia przy znajdującej się w granicach stanu prawidłowego kurczliwości skrzepu. Mianowicie czas odczynu krzepliwości wyniósł 29', 102' i 131' (prawidłowo 2—4'), czas odczynu krzepnięcia — 110', 240' i 191' (prawidłowo 3—5'), czas odczynu kurczliwości skrzepu 247' i 195' (prawidłowo 10—20') i siła kurczliwości skrzepu — 1,58, 1,60 i 1,65 ml.

Zdjęcie rentgenowskie stawów kolanowych wykryło charakterystyczne dla krwawiączki, torbielkowate ubytki w tkance kostnej, poza tym zaś zmiany charakterystyczne dla zniekształcającego gośćca stawowego.

Stan chorego się poprawiał. Poziom hemoglobiny we krwi szybko wzrastał: 21 III — 50%, 28 III — 65%. Nadal jednak wisiało nad nim stałe niebezpieczeństwo ponownego skaleczenia języka spróchniałym zębem. Wobec tego, że dysponowaliśmy w tym czasie konserwowaną krwią łożyskową, postanowiliśmy sprawdzić jej działanie na krzepliwość krwi naszego chorego i przy dobrych rezultatach usunąć ząb w celu zapobiegawczym.

1. IV 41, po uprzednim zbadaniu krzepliwości, wstrzyknęliśmy 150 ml krwi konserwowanej (=80 ml krwi łożyskowej z 70 ml płynu konserwującego, tj. 1% roztworu cytrynianu sodu w izotonicznym roztworze glukozy) i następnie przeprowadzaliśmy badania krzepliwości przez cały dzień co $1^1/_2$—$2^1/_2$ godzin. Wynik okazał się zadowalający: czas odczynu krzepnięcia zmniejszył się od razu czterokrotnie, a po 6 godz. sześciokrotnie. Następnego dnia rano (po 19 godz.) był jeszcze o $^1/_4$ krótszy. 3 IV wstrzyknięto ponownie krew konserwowaną, poczym usunięto 2 zęby: drugi przedtrzonowy i pierwszy trzonowy w górnej szczęce po stronie lewej. Po ekstrakcji nastąpiło krwawienie bardzo niewielkie, które szybko ustało po zatamponowaniu, lecz po kilku godzinach wznowiło się w niewielkim stopniu. W nocy, gdy chory zasypiał, tampon wypadł i nastąpiło krwawienie, którego chory nie potrafił zatamować zakładaniem nowych tamponów. W ciągu nocy, odplując wyciekającą z dziąsła krew, utracił jej około $^1/_2$ litra. Nazajutrz rano krwawienie bez trudności zatamowano, zakładając tampon, napojony koagulenem i następnie wstrzyknięto znowu 150 ml krwi konserwowanej. Chory w ciągu dnia nie krwawił, w nocy zaś było tylko nieznaczne krwawienie, zależne, jak się zdaje, od tego, że ucisk mechaniczny tamponu ustawał we śnie. 5 IV po zbadaniu krzepliwości krwi wstrzyknięto po raz czwarty krew konserwowaną i badano następnie krzepliwość krwi. Czas odczynu krzepliwości — 69', krzepnięcia — 90', kurczliwości skrzepu — 98', siła kurczliwości skrzepu — 1,6 ml. Tym razem efekt był znacznie gorszy. Czas krzepnięcia zmniejszył się wprawdzie, w ciągu godziny po wstrzyknięciu dwukrotnie, lecz już po $4^1/_2$ godz. był $2^1/_2$ razy większy. Zatem nie każda porcja krwi konserwowanej działa jednakowo. W ciągu nocy oraz przed południem dość duże krwawienie — utrata około $^1/_4$ litra. krwi W ciągu następnych dwóch dni krwawienie bardzo małe i znów z 8 na 9 IV krwotok z utratą $^1/_2$ litra krwi, mimo dwukrotnego wstrzyknięcia w tym dniu (rano i wieczorem) krwi konserwowanej. Odsetek hemoglobiny we krwi spadał z dnia na dzień i doszedł do 33%, chory stawał się coraz bardziej niespokojny. Było oczywiste, że efekt działania krwi konserwowanej, której ogółem wstrzyknięto w ciągu 6 dni 1050 ml (w tym 560 ml krwi łożyskowej, reszta płyn konserwujący), był niewystarczający.

11 IV rano dostał napadu drgawek padaczkowatych z utratą przytomności. Wkrótce potem przetoczono 300 ml krwi z żyły dawcy. W kilkanaście minut później, na krwawiącym dziąśle utworzył się mocny skrzep i mimo usunięcia tamponu krwawienie ustało całkowicie. Potężny efekt przetoczenia krwi wprost z żyły w zestawieniu ze słabym działaniem, wprawdzie 3-krotnie mniejszych dawek krwi konserwowanej, uwidacznia się w oznaczeniach krzepliwości krwi. Ogółem wykonano w ciągu 6 dni 4 przetoczeń krwi z żyły dawcy, w ogólnej ilości 880 ml, osiągając całkowite ustanie krwawienia i zagojenie dziąsła. W ciągu tych 6 dni krew z dziąsła pokazała się dwukrotnie: raz w ilości znikomej przed drugim przetoczeniem, drugi raz w ilości dużej, $^1/_4$ litra, w ciągu nocy przed ostatnim. Krwotok ten zasługuje na baczną uwagę, gdyż wystąpił, mimo utrzymującej się tej samej i stosunkowo bardzo dobrej krzepliwości krwi.

Zatamowanie krwawienia po usunięciu zęba nie zakończyło jednak okresu ujawniania się choroby, zmieniając tylko sposób jej ujawniania się: w ciągu następnych 9 tygodni pobytu w klinice chory co 1—2 tyg. dostawał wyl wu krwi bądź ze stawów kolanowych, lewego łokciowego i lewego nadgarstkowego, bądź do mięśni pośladka po wstrzyknięciu domięśniowym, bądź pod skórę ramienia po wstrzyknięciu podskórnym. Wylewy te sprawiały mu niejednokrotnie bóle tak nieznośne, że trzeba było stosować morfinę. Po jednym z wstrzyknięć tego leku, na lewym ramieniu utworzył się krwiak wielkości pomarańczy. Krzepliwość krwi po zakończeniu przetoczeń pogorszyła się stopniowo spowrotem, tak że w miesiąc po ostatnim przetoczeniu czas odczynu krzepnięcia wzrósł tak dalece, że nie dawał się w ogóle oznaczyć. Zaniepokojeni tym wstrzyknęliśmy domięśniowo 20 ml homoseranu (osocza krwi łożyskowej). Uzyskaliśmy wprawdzie dużą poprawę krzepliwości, lecz zarazem powstanie olbrzymiego krwiaka w mięśniach prawego pośladka. Dlatego w ciągu następnych dwóch miesięcy wstrzykiwaliśmy zapobiegawczo co kilka dni krew konserwowaną dożylnie, utrzymując czas odczynu krzepnięcia na poziomie 120—218'. Nie był to jednak oczywiście zadowalniający stan rzeczy i wobec tego 14 VI rozpoczęliśmy podawanie mieszaniny wyciągu z mięśni i wątroby (*Hepamuscol* firmy „Nasierowski") w ilości 3 łyżek stołowych dziennie i podawaliśmy go przez miesiąc, następnie przeszliśmy na czysty wyciąg z wątroby (*Exhepatium* firmy „Nasierowski") — 3 łyżki stołowe dziennie przez dwa tygodnie i wreszcie przez 8 dni tabletki *ventraemon'u* „Organon" 3 razy dziennie po jednej. Od czasu rozpoczęcia tego leczenia krzepliwość zaczęła się stopniowo poprawiać: czas odczynu krzepnięcia wynosił kolejno 18 VI — 210', 21 VI — 120', 8 VII — 75' i 12 VII — 16'. Na tym poziomie krzepliwość utrzymywała się przez okres leczenia wyciągami; w tydzień po odstawieniu ventraemon'u okazała się już znowu gorszą, czas krzepnięcia wzrósł dwukrotnie, lecz utrzymywał się na tymże poziomie bez skłonności do dalszego pogarszania się. Niestety, nie udało się nam przeprowadzić dalszych badań, któreby mogły wyjaśnić czy istniał związek przyczynowy między leczeniem wyciągami z mięśni, wątroby i błony śluzowej żołądka a poprawą krzepliwości. Chory bowiem, nie mając w ciągu z górą 6 tygodni nowych wylewów krwawych, pozbywszy się niedokrwistości oraz uzyskawszy znaczną poprawę w zakresie stawów przy stosowaniu fal krótkich, nie chciał dłużej pozostać w Klinice.

W oświetleniu danych z piśmiennictwa sprawa leczenia krwawiączki wyciągami wątroby pozostaje dotychczas sporna. Obok prac podnoszących dodatnie wyniki, otrzymywane na tej drodze (Henschelman), spotykamy inne zaprzeczające skuteczności leczenia wątrobowego (Marlow). Zagadnienie wymaga dalszych badań.

Niejednokrotnie już stwierdzano, że nie ma w krwawiączce ścisłego związku między krzepliwością a krwotocznością. W tym samym przypadku raz dochodzi do samorodnego krwawienia lub nawet licznych krwawień w różnych miejscach ciała przy stosunkowo dobrej krzepliwości, kiedyindziej znów, mimo bardzo złej krzepliwości, żadnych krwawień nie ma. Jest to głównym argumentem tych badaczy, którzy twierdzą, że w krwotoczności krwawców odgrywa poważną rolę czynnik naczyniowy. W naszym przypadku krwotoczność i krzepliwość szły na ogół w parze z jednym tylko jaskrawym wyjątkiem. Mam na myśli ostatni krwotok z dziąsła po usuniętym zębie. Ogółem było tych krwotoków cztery, z tego trzy w okresie leczenia krwią konserwowaną. Okoliczności towarzyszące krwotokowi czwartemu były następujące. Chory otrzymał już 3 przetoczenia krwi

z żyły dawcy. Codziennie badano jeden lub dwa razy krzepliwość krwi, aby nie przeoczyć jej pogorszenia się. W dniu krwotoku czas odczynu krzepnięcia był takiż niemal, jak dnia poprzedniego, przed przetoczeniem 80 ml krwi z żyły dawcy (29'), poprzedniego dnia — 28'). Skrzep na dziąśle trzymał się dobrze, chory już piąty dzień nie krwawił. Postanowiliśmy więc wstrzymać się z następnym przetoczeniem, aby bez potrzeby nie narażać chorego na koszty, na wszelki jednak wypadek wstrzyknęliśmy mu 150 ml krwi konserwowanej. Chory widział nasze namysły i wahania, zdawał sobie dobrze sprawę ze związku między krwawieniami a krzepliwością krwi i niezupełnie nam wierzył, gdyśmy mu powiedzieli, że nie uległa ona pogorszeniu od dnia poprzedniego. Nie wierzył już również w skuteczność krwi konserwowanej. Ku naszemu zdziwieniu, następnego dnia rano dowiedzieliśmy się, że chory w nocy obficie krwawił i utracił około 1/4 litra krwi. Zbadaliśmy krzepliwość krwi: uległa dalszej poprawie: czas odczynu krzepnięcia wynosił 20'. W tych warunkach nie pozostawało nic innego, jak, mimo wszystko, przetoczyć krew od dawcy. Przetoczenie to (250 ml) nie poprawiło już czasu krzepnięcia (w 2 godz. po przetoczeniu 21', w 22 godz. — 28'). W 3 dni później dziąsło było całkowicie zagojone. Nasuwa się myśl, że dużą rolę odegrało w tym krwawieniu psychiczne nastawienie chorego, a jeśli tak było, to oczywiście tylko na drodze wegetatywno-naczyniowej. Warto w tym miejscu przypomnieć wpływ Rasputina na krwawienia u ostatniego carewicza rosyjskiego oraz ogłaszane w piśmiennictwie przypadki skutecznego leczenia krwotoków miesiączkowych przy pomocy sugestii i hipnozy.

Wartość leczenia krwawień krwawiączkowych wstrzykiwaniami dożylnymi konserwowanej krwi łożyskowej w świetle naszego przypadku okazuje się niezbyt duża. Leczenie to nie wystarczyło do zatamowania krwawienia. Porównując skutek działania krwi konserwowanej i krwi z żyły dawcy bez wahania oddajemy pierwszeństwo drugiej. Wprawdzie, krew konserwowaną wstrzykiwaliśmy w ilości 3-krotnie mniejszej, lecz za to codziennie, a nawet 2 razy dziennie i ogółem wstrzyknęliśmy jej w ciągu 6 dni 560 ml, a w ciągu 10 dni 800 ml (odliczając płyn konserwujący). Krwi świeżej wstrzyknęliśmy w ciągu 6 dni 880 ml. Efekt jej działania na krzepliwość i skłonność do krwawień był większy nie o 50%, jakby można sądzić z jej ilości, lecz wielokrotnie przewyższał działanie krwi konserwowanej. Poszczególne dawki używanej przez nas krwi konserwowanej miały dla podnoszenia krzepliwości krwi wartość bardzo różną. Wynika to z oznaczeń wykonanych w dniach 1 IV i 5 IV. Mogło to zależeć od osobniczych właściwości krwi i od czasu jej przechowywania. W piśmiennictwie spotyka się tylko nieliczne prace, stwierdzające wyższość krwi świeżej nad konserwowaną w krwawiączce. Według S. van Crevelda, krew konserwowana zachowuje właściwości pobudzające krzepliwość krwi krwawców do 4 tygodni. Zmniejszanie się tej właściwości pozostaje poniekąd w zgodzie z cieszącą się dziś największym uznaniem teorią Fonia, która tłumaczy niedokrzepliwość krwi w krwawiączce trudniejszym i zwolnionym wydzielaniem trombokinazy przez odznaczające się większą opornością krwinki płytkowe. Liczba tych ostatnich bowiem w czasie przechowywania krwi ulega szybkiemu zmniejszeniu, spadając do 50—60 tys. i dopiero na tym poziomie utrzymuje się około 14 dni (Drew i Scudder). Wprowadzając więc krew konserwowaną nie dostarczamy krwawcowi brakujących mu pełnowartościowych krwinek płytkowych. Podnoszące krzepliwość działanie krwi konserwowanej ma swe źródło w białkach osocza, mianowicie w ich frakcji globulinowej i na tym opiera się wartość wstrzykiwania krwawcom czystego osocza (Fonio) lub uzyskanych z niego podnoszących krzepliwość substancji.

Na marginesie tej sprawy warto dodać, że badania lat ostatnich przyniosły dużo szczegółów co do zmian zachodzących w krwi konserwowanej w czasie jej przechowywania, jak również co do dalszych jej losów w ustroju biorcy. Dowiedzieliśmy się, że składniki morfotyczne krwi ulegają w czasie jej przechowywania stopniowemu rozpadowi. Co do krwinek czerwonych, to ubytek ich liczby zaczyna się około 15 dnia i w końcu miesiąca dochodzi do 1—1,5 miliona. Oporność ich stopniowo się zmniejsza (Drew i Scudder), zdolność przenoszenia tlenu jest dobra jeszcze po 10—20 dniach (W. Heim, R. Fischer), lecz zaczyny oddechowe giną już po 6 godzinach (Mahle). Między krwinkami czerwonymi a osoczem dochodzi do przesunięcia jonów, mianowicie jony potasu wędrują do osocza, a w krwinkach czerwonych zwiększa się ilość jonów sodu (Meizels i Paterson). Liczba leukocytów obojętnochłonnych zmniejsza się w ciągu 2 dni o 50%, tracą one w ciągu 4—5 dni całą siłę żerną, zdolność ruchów pełzakowych i zażyciowego barwienia się oraz ulegają stopniowej autolizie; po 14 dniach białe krwinki obojętnochłonne przedstawiają już tylko bezpostaciową miazgę. Wolniej rozpadają się limfocyty i krwinki kwasochłonne; kwasochłonne zachowują swą budowę jeszcze po 2 tygodniach (Drew i Scudder, Fischer i Jeanneret). Losy krwinek płytkowych omówiłem już wyżej. Poziom protrombiny oceniany jest różnie przez poszczególnych autorów: Warner, Gowin i Seegers znaleźli, że maleje on bardzo powoli i po 3 tygodniach wynosi około 50% poziomu wyjściowego, natomiast wg Munthera i Andrewsa jest prawidłowy do 60 dni.

Czas życia przetoczonych krwinek czerwonych w ustroju biorcy zależy przede wszystkim od czasu przechowywania krwi. Jeśli czas ten jest krótszy od tygodnia, to żyją krwinki czerwone po 14 dniach jeszcze w ilości 70%, jeśli wynosi już 2 tygodnie, to po 14 dniach żyje ich tylko 50%. Wspomniane wyżej przesunięcie jonów między krwinkami a osoczem ulega w krwi biorcy stopniowemu odwróceniu w ciągu kilku dni: jon potasu powraca do krwinek czerwonych, a jon sodu do osocza. (Meizels i Paterson) Wszystkie te dane wystarczają, aby stwierdzić, że między cytrynianową krwią konserwowaną a krwią przetoczoną wprost z żyły dawcy istnieją bardzo poważne różnice, wobec których dziwne byłyby właściwie, gdyby nie było różnic w skutkach przetoczenia. Toteż mnożą się pomysły ulepszenia sposobów konserwacji i uzyskano już na tym polu dość poważne osiągnięcia.

Pozostaje wyjaśnić, dlaczego, mając możność stosowania większych ilości krwi konserwowanej, nie uczyniliśmy tego, poprzestając na małych dawkach 150 mi litrowych (zawierających po 80 ml krwi i 70 ml płynu konserwującego). Każda ampułka krwi konserwowanej zawierała porcję krwi łożyskowej, uzyskanej z jednego porodu. Chcąc więc wstrzyknąć większą ilość krwi konserwowanej na raz, należało wstrzykiwać bezpośrednio po sobie krew z różnych ampułek, zatem pochodzącą od różnych osób. Stosując już poprzednio od szeregu miesięcy krew konserwowaną w Klinice, wiedzieliśmy, że takie zestawienie może pociągnąć za sobą bardzo silny, niebezpieczny dla życia zapad. Dlatego woleliśmy nie ryzykować większych ilości krwi konserwowanej. Dwukrotne wstrzyknięcie w jednym dniu, rano i wieczór, zawiodło nas: właśnie po nim doszło do największego krwawienia. Tak więc poprzestaliśmy na wstrzykiwaniu jednej porcji dziennie, co chory znosił dobrze i bez żadnych odczynów, wyjąwszy odczyn gorączkowy z dreszczami po pierwszym wstrzyknięciu. Poczynając jednak od 12 wstrzyknięcia zaczął na krew konserwowaną, stosowaną nawet w mniejszych ilościach (50—75 ml), oddziaływać wstrząsającymi dreszczami, ogólną ciepłotą ciała do 39°—40° C, bólem głowy i okolicy krzyżowej, uczuciem gorąca a niekiedy i bólu w chorych stawach oraz uczuciem ogólnego rozbicia. W dniu następnym, zwłaszcza po silniejszych odczynach, miał obrzmiałą twarz i zapuchnięte oczy. Odczyn taki, za każdym razem coraz silniejszy, powtórzył się po 12, 14 i 16 wstrzyknięciu. Na skutek tego zaniechaliśmy dalszych wstrzykiwań i wznowiliśmy je dopiero po 16-dniowej przerwie, wobec pogorszenia się krzepliwości krwi. Teraz jednak dołączaliśmy do każdego wstrzyknięcia krwi konserwowanej wstrzyknięcie 10 ml chlorku wapniowego. Po 17 wstrzyknięciu był niezbyt duży odczyn gorączkowy (38,8°), 18 i 19-te przeszły bez odczynu. Po 20-ym — odczyn gorączkowy do 38,9° C z silnymi dreszczami, 21 i 22-e wstrzyknięcie — bez odczynu. Wreszcie 23-e (75 ml krwi konserwowanej, tj. 40 ml krwi łożyskowej) dało niemal bezpośrednio po wstrzyknięciu objawy ostrego wstrząsu hemolitycznego: w 15′ po zakończeniu wstrzykiwania chory dostał wstrząsających dreszczy oraz wymiotów, na twarzy pojawiła się duża sinica, odczuwał bardzo silny ból głowy, ból w krzyżu, w prawym kolanie i innych stawach oraz bóle w obu podżebrzach. tętno 120 min., słabo wypełnione i napięte. Wstrzyknięto podskórnie 0,2 będźwinianu sodu kofeiny, 0,002 azotanu strychniny i ze względu na silne bóle 0,01 morfiny; wstrzyknięcie morfiny trzeba było powtórzyć. Wieczorem ogólna ciepłota ciała 40,2°. Następnego dnia uderzało obrzmienie twarzy i powiek, chory uskarżał się na ogólne rozbicie, prawe kolano było tak bolesne, że kończyną nie mógł poruszać, a na lewym ramieniu, w miejscu wstrzyknięcia utworzył się wspomniany wyżej krwiak, wielkości pomarańczy. Podwyższona ogólna ciepłota ciała utrzymywała się przez 3 dni. W osadzie moczu pojawiły się krwinki czerwone w liczbie 2—4 w polu widzenia.

Zatem na 12 ostatnich wstrzyknięć 6 dało odczyny różnej siły od zwykłego podniesienia ciepłoty do ciężkich objawów wstrząsu hemolitycznego i to mimo znacznie mniejszych ilości wstrzykiwanej krwi (50—75 ml), podczas gdy 10 poprzednich przeszło bezodczynowo. Tego rodzaju wstrząsy po szeregu przetoczeń, podczas gdy wcześniejsze są bez powikłań, notuje w piśmiennictwie amerykańskim Wiener. Częstość wstrząsów zależeć może jednak poza tym od czasu przechowywania krwi, wzrastając wraz z tym ostatnim (Edwards, F. Ronald i T. B. Davie). Czas przechowywania krwi cytrynianowej nie powinien przekraczać 2—3 tygodni, gdyż po 20 dniach krew cytrynianowa zaczyna działać trująco (R. Fischer). Nadto wg niektórych badaczy (Stahl, Bommer), krew cytrynianowa wywołuje wstrząsy zasadniczo częściej niż przetaczana wprost od dawcy. Zachodzi pytanie, jaki wpływ mają wstrząsy i odczyny gorączkowe na krwotoczność. W naszym przypadku odnieśliśmy wrażenie, że był to wpływ niekorzystny: krwiak po wstrzykiwaniach podskórnych na lewym ramieniu powstał w czasie wstrząsu po ostatnim wstrzyknięciu krwi konserwowanej; poprzednie wstrzykiwania podskórne chory znosił dobrze bez tego rodzaju następstw. Również olbrzymi krwiak w mięśniach pośladka po wstrzyknięciu homoseranu wytworzył się w czasie silnego odczynu, spowodowanego przez ten środek. Dwukrotnie (23 V i 20 VI) wylewy krwi (do lewego stawu nadgarstkowego i do mięśni prawego pośladka)występowały po połączonych z odczynem wstrzyknięciach krwi konserwowanej.

W przypadku naszym mieliśmy do osiągnięcia cel podwójny: 1) zatamować krwawienie po usunięciu zębów; 2) poprawić w sposób możliwie najtrwalszy krzepliwość krwi i uzyskać na tej drodze zwolnienie (remissio) w ujawnianiu się choroby.

Krwawienie zatamowaliśmy przetoczeniami krwi z żyły dawcy. Doskonała poprawa krzepliwości po nich była krotkotrwała i dla osiągnięcia zwolnienia choroby bez znaczenia. Poprawę krzepliwości, nie gorszą niż po przetoczeniach, lecz o charakterze trwalszym i idące w parze ustanie krwotoczności spowodowały wyciągi z mięśni i wątroby lub też dokonała się ona samorodnie. Konserwowana krew łożyskowa okazała się w obu wypadkach środkiem wprawdzie czynnym, lecz słabym i praktycznie biorąc za mało skutecznym. Przy tym po 11 wstrzyknięciach zaczęła dawać coraz częstsze i silniejsze odczyny gorączkowe i ogólne aż do wstrząsu hemolitycznego włącznie. Odczyny te wpływały, jak się zdaje, ujemnie na krwotoczność.

Jeden z krwotoków z dziąsła po usunięciu zębów miał miejsce mimo dobrej krzepliwości krwi, doszło do niego prawdopodobnie na skutek ujemnego nastawienia w psychice chorego. Jest on przykładem roli, jaką może w krwotokach krwawiączkowych odgrywać czynnik naczyniowo-nerwowy.

PIŚMIENNICTWO

Prace angielskie, amerykańskie i francuskie, wobec ich chwilowej niedostępności, przytaczam wg. streszczeń w „Kongresszentralblatt fur die ges. innere Medizin".

Blacher Leon: Badania doświadczalne nad metodyką badania i morfologią płytek krwi itd. P. A. M. W., t. X, z. 3, str. 317, (1932) oraz Badania zagadnienia krzepliwości krwi. Doniesienie I, P. A. M. W., t. XV, z. 1, str. 5—35, (1937). — S. van Creveld: Investigations on haemophilia 5. The coagu-

lation promoting activity of preserved blood and plasma, Acta brav. neerl. Physiol. etc., 10, 191—195, (1940). — Drew Charles R. i John Scudder: Studies in blood preservation. Tate of cellular elements and protrombin in citrated blood, (New York) J. Labor. a. clin. Med., 26, 1473—78, (1941). — Fischer R.: Einige Gesichtspunkte zur Frage der Blutkonservierung, Schweiz. med. Wschr., 1942, 291—293. — Fischer R. i Jeanneret: Morphologie et propriétés biologiques des leucocytes dans le sang conservé, Le Sang, 14, 318—324, (1941).—Gowin Elmer i Robert Hardin: Reactions from the transfusion of preserved blood. Experience with 1600 transfusions, Brit. med. J., Nr 4148, 1—5, 1940. — Henschelman A.: Leberpreparate bei nicht perniciösen Erkrankungen, Wien. klin. Wschr., 1941, 808—809. — Heim W.: Bluttransfusion mit konserviertem Blut etc., Ther, d. Geg., 83, 23—28, (1942). — Mahlo: D. m. W., 1939, Nr 49, przyt. wg. Stahla. — Meizels, Montague i J.Hamilton Paterson: Survival of stored blood after transfusion, Lancet, 1940, 11, 417—420. — Muether R. O. i K. R. Andrews: Studies of stored blood, Amer. J. clin. Path., 11, 314—320, (1941). — Marlow Artur: Negative effect of administration of liver in haemophilia, (Harvard, Boston), Bull. Hopkins Hosp., 49, 49—54, (1931). — Ronald F., Edvard i T. B. Davie: Preserved blood, an analysis of its use, Brit. med. J. Nr 4150 73—76, 1940. — Stahl Rudolf: Die Bluttransfusion, Neue Dtsch. Kl., t. 17, 146—181, 1941. — Warmer F. D., Elmer L. de Gowin i Walter H. Seegers: (Iowa) Studies on preserved human blood 5. Decrease in protrombin titer during storage, Proc. Soc. exper. Biol. a. Med., 43, 251—254, (1940). — Wienef Alexander S.: Haemoltic reactions f llowirg transfusions or the homolcgous group. (Brooklyn), Arch. cf Path. 32, 227—250, (1941).

ŚWIAT LEKARSKI W CZASIE OKUPACJI I NA PRZEŁOMIE

Prof. dr PRZESMYCKI — Łódź

Państwowy Zakład Higieny podczas wojny

W sierpniu 1939 roku Państwowy Zakład Higieny składał się z Centrali w Warszawie i 13 zakładów filialnych w miastach wojewódzkich. W związku z sytuacją polityczną filie położone na zachodnich ziemiach dostały rozkaz przygotowania się do ewakuacji. Jednakże zarządzenia ewakuacyjne ze względu na szybki rozwój działań wojennych nie mogły być wykonane i właściwie została ewakuowana tylko filia w Poznaniu, natomiast inne nasze zakłady jakkolwiek przygotowane do ewakuacji, pozostały na miejscu.

Centrala dostała rozkaz ewakuacyjny w dniu 6 sierpnia i część instrumentów i urządzeń została wywieziona do Łucka, a konie dla przygotowania surowic (około 100 koni) zostały ewakuowane w okolice Włodawy.

Działania wojenne na terenie Warszawy uszkodziły bardzo wybitnie gmachy Państwowego Zakładu Higieny przy ul. Chocimskiej 24. Uszkodzenia te powstały wskutek obstrzału artyleryjskiego; Zakład otrzymał 61 pociski artylerii lekkiej i średniociężkiej. Dach był zupełnie zniesiony, wypadły wszystkie szyby, a mury były miejscami podziurawione pociskami. Zniszczenie było bardzo znaczne, jednakże po ukończeniu działań wojennych początkowo sami pracownicy usunęli gruz i wnętrze Zakładu zaczęli doprowadzać do stanu używalności. Częściowo przy pomocy pieniędzy, uzyskanych ze strony Magistratu Miasta Warszawy zaczęto naprawiać dachy i szklić wzgl. zabijać dyktą okna. W ten sposób gmach od ulicy Parkowej na 1 listopada został doprowadzony do stanu używalności i od tego czasu zaczęto przyjmować materiał do badania. Przystąpiono w tym czasie do produkcji szczepionki przeciwko durowi brzusznemu, dla uodparniania ludności miasta Warszawy.

Już w listopadzie Zakład powrócił do swojej normalnej organizacji, a na czele Zakładu stanął poprzedni Dyrektor prof. Szulc. Stosunek władz okupacyjnych na czele z prof. Richterem był rzeczowy, gdyż władze te potrzebowały pomocy Zakładu Higieny w zwalczaniu chorób zakaźnych wśród ludności cywilnej i produkcji szczepionki. W okresie tym wybuchła w Warszawie ciężka epidemia duru brzusznego. W związku z epidemią liczba wykonanych badań w Zakładzie Higieny wzrastała bardzo wybitnie tak że już w grudniu liczba badań dosięgła liczby badań z okresu przedwojennego.

Jakkolwiek Zakład od czasu do czasu był odwiedzany przez przedstawicieli niemieckich sanitarnych władz okupacyjnych, to jednakże zarząd pozostawał całkowicie w rękach polskich aż do maja 1940 roku. W miesiącu tym przyjechal do Zakładu prof. Nauck z Hamburga, jako komisaryczny Dyrektor. Prof. Nauck przystąpił do organizacji działu produkcji szczepionki przeciwko durowi osutkowemu, pozostawiając cały zarząd Zakładu w rękach polskich i nie mieszając się zupełnie do pracy wewnętrznej Zakładu.

We wrześniu komisarycznym Dyrektorem Zakładu został mianowany prof. Kudicke, który na tym stanowisku pozostał do 31 lipca 1944 roku. Prof. Kudicke zorganizował administrację niemiecką, jednakże sam nie mieszał się do fachowej pracy, pozostawiając zarówno kierowników Działów jak i personel na swoim stanowisku. Dyrektor prof. Szulc pozostawał łącznikiem pomiędzy niemiecką Dyrekcją, pełniąc te funkcję aż do swojej śmierci do kwietnia 1941 roku. W ciagu lata 1940 roku obydwa gmachy PZH zostały ostatecznie odbudowane i doprowadzone do stanu używalności.

Jedynym oddziałem niemieckim, który powstał w Zakładzie był to Dział Produkcji szczepionki przeciwko durowi osutkowemu, prowadzony przez niemieckiego kierownika dra Wohlraba i posiadający częściowo personel niemiecki. Dział ten początkowo mieścił się w domu administracyjnym Zakładu Higieny, dostosowanym do tego celu, a w 1943 roku gmachy „Amelina" zostały przerobione na pracownie dla produkcji szczepionki przeciwko durowi osutkowemu. Produkowano szczepionkę nie tylko metodą Weigla, ale produkowano na szeroką

skalę szczepionkę tzw. jajową. Szczepionka była produkowana głównie dla wojska niemieckiego i dla niemieckiej ludności cywilnej. Zaznaczono przy tym, że Polacy nie mają prawa hodować i zakażać wszy.

Wobec tego, że ludność polska była prawie pozbawiona możności otrzymania szczepionki przeciwko durowi osutkowemu grono pracowników Zakładu postanowiło pomimo niebezpieczeństwa podjąć produkcję tej szczepionki. Praca ta głównie została wykonana przez dra Wojciechowskiego i dra Przyborowskiego, którzy w początkach produkcji przechorowali na dur osutkowy i ofiarnie dalej pracowali nad tą produkcją. Przy pomocy tej szczepionki wyprodukowanej potajemnie w Warszawie, a także dostarczonej nam przez dra Mosinga ze Lwowa mogliśmy przeprowadzić szczepienia ochronne przeciwko durowi osutkowemu całego personelu lekarskiego na terenie Warszawy, a nawet częściowo na terenie okupowanym. Poza tym mogliśmy dostarczyć szczepionki do obozów i więzień. Pomimo tego, że szczepionka była produkowana w Dziale Bakteriologii PZH, to jednakże sprawa ta nie doszła do wiadomości Dyrekcji niemieckiej i dopiero na wiosnę 1944 roku musieliśmy przerwać produkcję szczepionki w związku z aresztowaniami pracowników Zakładu, których sprawy były związane z Działem Produkcji dra Wohlraba.

Stosunek niemieckiego dyrektora administracyjnego i jego sekretarki Schneider (volksdeutschka z Łodzi) do personelu polskiego był wybitnie nieprzychylny. Zdarzały się wypadki bicia niższych pracowników, a poza tym wprowadzono niesłychanie uciążliwe przepisy dotyczące czasu urzędowania który w pewnych okresach wynosił od 7 rano do 17 i pół bez prawa wychodzenia na obiad. Została wprowadzona ścisła kontrola przy wejściu i wyjściu. Przez wprowadzenie tak długiego okresu urzędowania pracownicy Zakładu spędzali większą część swego czasu w Zakładzie, co stworzyło pewną specjalną atmosferę i ułatwiło możność przetrwania tego ciężkiego okresu. Nawet przy bardzo dużej ilości pracy, liczba godzin była zbyt duża, aby wypełnić je całkowicie pracą bieżącą. Wobec tego szukano innych zajęć i w pierwszym rzędzie zaczęto prowadzić wewnętrzne szkoleni , a później zorganizowano kursy dla technicznych asystentów, które były właściwie ukrytym uniwersytetem. Na kursach tych przeszkolono około 150 studentów medyków i farmaceutów. Słuchacze kursu mieli specjalnie dogodne warunki dla studiów zarówno pod względem wykładów teoretycznych jak i ćwiczeń praktycznych. Należy jednak zaznaczyć, że działalność naukowa Państwowego Zakładu Higieny była wskutek ogólnej depresji mało rozwinięta, jakkolwiek od czasu do czasu odbywały się posiedzenia dyskusyjne naukowe.

Ocena Państwowego Zakładu Higieny jako zakładu naukowo-badawczego ze strony władz sanitarnych niemieckich była raczej pozytywną. W Niemczech nie znano tego typu zakładów jednakże całą organizację utrzymano, czego przykładem jest nasz Zakład w Łodzi, gdzie organizacja została całkowicie utrzymana, a nawet formularze druków po przetłumaczeniu na niemiecki język były używane te same.

Państwowy Zakład Higieny w stosunku do ludności cywilnej odegrał wielką rolę przy wykonywaniu badań zarówno w przypadkach chorób zakaźnych jak i kontroli produktów żywnościowych. Producenci niemieccy, którzy starali się wyrzucić na rynek okupacji małowartościowe albo wręcz szkodliwe produkty żywnościowe spotykali się ze zdecydowaną kontrakcją Państwowego Zakładu Higieny.

Poza tym Państwowy Zakład Higieny produkował surowice i szczepionki, zaopatrując w nie całą ludność cywilną. Przy pomocy szczepionki ospowej wyprodukowanej w Zakładzie mogliśmy przeprowadzić normalne szczepienia na terenie G. G.

Należy zaznaczyć, że poza Centralą w Warszawie były czynne na terenie okupowanym trzy filie: w Krakowie, Lublinie i Kielcach. Filie te istniały przed wojną. Podlegały one bezpośrednio niemieckiemu dyrektorowi, jednakże miały kierowników i cały personel polski.

Sądziliśmy wszyscy, że w pewnym momencie w okresie likwidacji wojny, odrazu Państwowy Zakład Higieny stanie do pracy nad odbudową Państwa. Jednakże akcja zniszczenia Warszawy związana z powstaniem warszawskim doprowadziła do częściowego spalenia Zakładu Higieny, a wszystkie instrumenty i urządzenia zostały przez Niemców wywiezione, pracownicy rozproszeni i w ten sposób Centrala Państwowego Zakładu Higieny przestała istnieć.

W lutym 1945 roku przystąpiono do organizacji Centrali na razie w Łodzi, gdzie zebrano większą część fachowych pracowników, a w Warszawie przystąpiono do remontu zniszczonych budynków i zakupu instrumentów. Poza tym na terenach należących do „Niemiec" przystąpiono do rekonstrukcji filii Państwowego Zakładu Higieny. Na 1-go maja 1945 roku Centrala PZH w Łodzi została całkowicie uruchomiona, w początkach września gmachy PZH w Warszawie zostały odrestaurowane i oddane do użytku tymczasowej tam utworzonej filii.

W ten sposób Zakład Higieny znowu się odrodził, posiadając obecnie Centralę w Łodzi i 10 zakładów filialnych w miastach wojewódzkich, dwa zakłady produkcji surowic i szczepionek (Warszawa i Lublin) i trzy zakłady produkcji szczepionek przeciwko durowi osutkowemu w Krakowie, Częstochowie i Lublinie.

Dr JAN HOZER Kraków

Systemy lecznictwa zbiorowego w świetle porównawczej krytyki *)

Zbliżające się uspołecznienie medycyny i powszechna służba zdrowia zaktualizowały gwałtownie zagadnienie organizacji lecznictwa zbiorowego. Niema zjazdu lub lekarskiego zebrania dyskusyjnego, na którym sprawa organizacji lecznictwa nie byłaby centralnym punktem zainteresowania.

Jedyna terenową organizacją lecznictwa na wielką, ogólnopaństwową skalę, organizacją posiadające doświadczenie i tradycję, a zarazem instytucją, która najlepiej zdała egzamin w czasie wielkich wstrząsów konjunkturalnych, nie wyłączając wojny, która przerobiła rozmaite systemy lecznictwa, jest ubezpieczenie na wypadek choroby. To też nie ulega wątpliwości, że odegra ono największą rolę w organizacji sieci powszechnej służby zdrowia. Aby się do tej roli przygotować, należy poddać rewizji dotychczasowe systemy lecznictwa. Mamy za sobą 3 pięciolecia doświadczalne: 1⁰ okres 1928 do 1933/34, w którym system ambulatoryjny był najbardziej rozwinięty, okres 1934 do 1939, który był erą lekarza domowego i okres wojny, w czasie której system lekarza domowego został w zasadzie utrzymany. Obecnie wkraczamy w okres czwarty, w którym potrzeby zdrowotne kraju nakazują wprowadzenie systemu bardziej odpowiedniego dla stworzenia sprawnie funkcjonującej sieci lecznictwa i zapobiegania w ramach pow. sł. zdrowia.

Każdy system ma swe strony dobre i złe. W zależności od miejscowych warunków i potrzeb raz jeden to znów drugi jest jedynym, który nadaje się do użytku. Nie w każdym przypadku za niedomagania organizacji lecznictwa należy winić sam system, lecz często sposób jego zastosowania.

Na wstępie krytyki systemów należy dla wykluczenia nieporozumień stwierdzić, że w miejscowościach małych, gdzie osiedlony jest jeden czy dwóch lekarzy, automatycznie odpada system ambulatoryjny i system wolnego wyboru lekarza, a z konieczności organizacja lecznictwa ubezpieczeniowego opiera się na lekarzu ogólnym, zwanym powszechnie, choć niesłusznie „domowym".

1. Wolny wybór lekarza

Postulat wolnego wyboru lekarza wywodzi się jak wiadomo z czynnika zaufania chorego do wybranego przez się lekarza. Zaufanie jest warunkiem *sine qua non* lecznictwa. Zaufanie to podkopuje każdy system, w którym bezpośredniość stosunku lekarza do chorego mąci wkroczenie czynnika administracyjnego, zurzędniczenie samego lekarza i przymus udawania się do lekarza z góry narzuconego. To są tezy zwolenników wolnego wyboru, który był przedmiotem tylu namiętnych dyskusji w kraju i za granicą.

Argumentacja przeciwników wolnego wyboru przedstawia się jak następuje. Zdobycie zaufania pacjenta w każdym wogóle systemie zależy tylko od samego lekarza. Jeżeli w lekarskiej działalności odgraniczymy się od biurokratycznego szlendrjanu, lekarza ordynującego odciążymy od administracyjno-pisarskich czynności, jeżeli nie będziemy go przeciążać nadmiarem chorych w jednostce czasu, to zawsze lekarz z powołania potrafi zdobyć zaufanie chorego. Niekonsekwencją zwolenników wolnego wyboru jest to, że nie domagają się wolnego wyboru lekarza w szpitalach, klinikach ani kolejnictwie, stwierdzając tym samym, że wolny wybór nie musi być i nie jest warunkiem zdobycia zaufania. Przeciwnicy wolnego wyboru lekarza w lecznictwie ubezpieczeniowym uważają system ten za niemoralny, antiubezpieczeniowy i antiekonomiczny. Niemoralny dlatego, że wolna — nieraz bardzo dzika — konkurencja między lekarzami odbywa się na koszt i niebezpieczeństwo funduszów publicznych. Lekarz płacony za „punkty" czy „porady", stara się te punkty gromadzić, a porady mnożyć. Staje się „lwem kasowym", jeżeli hojnie rozdziela zasiłki, leki i inne świadczenia. Za to płaci instytucja. W tego rodzaju klimacie objektywizm lekarskich rozpoznań i wymierzania świadczeń schodzi na plan drugi, a na plan pierwszy wysuwa się naga strona materialna. Ponieważ „moralność ubezpieczeniowa" bywa u ubezpieczonych dość niska, uczestnicy ubezpieczenia starają się ze swej strony eksploatować instytucję i chodzą od lekarza do lekarza w zależności od tego, który jest podatniejszy na ich roszczenia. To prawda, że można zastosować ograniczenie punktów czy liczby porad. Jednak wówczas niema wolnego wyboru, a przynajmniej doznaje on dotkliwego ograniczenia. Lekarze w walce o byt starać się muszą o zapełnienie poczekalni, a czynić to mogą bez trudów szlachetnej emulacji na gruncie naukowym i zawodowej ofiarności, skoro istnieje prostszy sposób zyskania pacjentów. Lekarz noszący wysoko sztandar etyki zawodowej nie ma w systemie wolnego wyboru zbyt wielkich szans wybicia się. Jeżeli w swojej praktyce kasowej będzie objektywnym i rzetelnym — a tylko taki lekarz jest w ubezpieczeniach możliwy do zniesienia — to poczekalnia jego będzie świecić pustkami. Pacjenci przeniosą się do innego. W tych warunkach lekarz staje się niewolnikiem już nie administracji ubezpieczeniowej, ale władcy znacznie gorszego i bezwzględniejszego, bo samych ubezpieczonych. Ubezpieczony dyktuje wówczas lekarzowi czy i na jak długo ma być zwolniony z pracy, jakie ma otrzymać leki dla siebie, rodziny i.. znajomych, jakie ma otrzymać dodatkowe badania i skierowania do dodatkowych świadczeń. O kwalifikacjach zawodowych lekarza rozstrzyga więc... laik. O tzw. wolności zawodu lekarskiego w tych warunkach niema mowy. A wszak ten właśnie komunał o „wolności stanu" jest głównym argumentem zwolen-

*) Według referatu wygłoszonego na pos. Sekcji Medycyny Społ. Zw. Lek. R. P. w Krakowie.

ników wolnego wyboru. Lekarz musi być w wymierzaniu świadczeń niezależny zarówno od ubezpieczonych, jak i od administracji. Jedynym dla niego hamulcem mogą być tylko wskazania medycyny, etyka lekarska, ustawa ubezpieczeniowa i budżet instytucji. One zakreślają świadczeniom pewne granice. Wszystkie inne wpływy muszą być z lecznictwa ubezpieczeniowego jak najskrupulatniej eliminowane.

Jedną z głównych zasad lecznictwa jest ciągłość obserwacji. W systemie wolnego wyboru ciągłość ta ustawicznie się urywa. O prowadzeniu ciągłej historji choroby, która zbliża lecznictwo do poziomu kliniczno-szpitalnego nie może być w tych warunkach mowy. Brak ciągłości pociąga też za sobą dotkliwe materialne szkody dla instytucji, gdyż każdy nowoobrany lekarz powtarzać musi z reguły te same badania pomocnicze w laboratoriach, zakładach rentgenowskich itp., jakie już były wykonywane przez jego poprzedników. Gdy do tego dodamy wysokość zasiłków, która w systemie wolnego wyboru bywa największą i koszta receptury, które są również najwyższe, to łatwo dojdziemy do wniosku, że wolnego wyboru nie wytrzyma na stałe żadna instytucja.

Nie należy wreszcie zapominać, że w praktyce ubezpieczeniowej chodzi nie tylko o leczenie, ale i zapobieganie, a to tym bardziej wymaga ciągłości obserwacji chorego i jego rodziny. Nie można też odmówić prawa wolnego wyboru rodzinie, skoro się go nie odmawia ubezpieczonemu. Głowa rodziny leczyć się więc będzie u jednego, a członkowie rodziny u innego lekarza. Jakże w tych wypadkach możliwa jest ciągłość i jednolitość obserwacji ubezpieczonego wraz z rodziną? Wolny wybór utrudnia więc w wysokim stopniu prowadzenie akcji zapobiegawczej.

Spodziewać się należy, że hasło wolnego wyboru tracić będzie na bojowości w miarę, jak warunki lecznictwa społecznego będą się polepszać, uniezależniać od biurokratyzmu i upodobniać do pracy kliniczno-szpitalnej. Podobnie, jak w szpitalu nikt nie myśli o wolnym wyborze, bo o dobru chorego rozstrzygają tam względy ściśle naukowe i wewnątrzorganizacyjne, tak w dobrze urządzonej instytucji lecznictwa ubezpieczeniowego zaufanie uczestników nie będzie zależne od zasiłku, lecz wypływać będzie z poważnej atmosfery naukowej i społecznej, jaka w niej zapanuje.

Mimo tych słów ostrej krytyki, nie należy wykluczać na przyszłość możliwości wprowadzania ograniczonego wolnego wyboru lekarza. Jeżeli upowszechnione ubezpieczenia i organizacja powszechnej służby zdrowia obejmą swą siecią cały kraj i wszystkich lekarzy, jeżeli lekarz opłacany będzie według godziwych norm, które zapewnią jemu i jego rodzinie egzystencję, wówczas nic nie będzie zasadniczo stać na przeszkodzie, aby ubezpieczony wzgl. uczestnik powszechnej sł. zdrowia opatrzony „książeczką zdrowia“ mógł zgłosić się do wybranego przez się lekarza w tej samej czy innej miejscowości. Wolny wybór może być wtedy ograniczony tylko koniecznością równomiernego podziału pracy. Ale czy wówczas hasło wolnego wyboru nie straci zupełnie na sile atrakcyjnej?

* * *

Przejdźmy z kolei do systemu lekarza domowego i systemu ambulatoryjnego. Co będzie dla nas podstawą oceny wartości systemu lecznictwa dla ubezpieczeń, a tym samym i dla powszechnej służby zdrowia?

Tym kryterium będzie pozytywna odpowiedź na pytania, jaką organizacją być musi, a jaką być nie powinna.

Organizacja lecznictwa musi:

1). jak najbardziej ułatwiać ubezpieczonym dostęp do lekarzy i placówek lecznictwa i umożliwiać osiągnięcie jak najszybszej pomocy specjalistycznej;

2). zbliżać lecznictwo jak najbardziej do zakładów pracy i większych skupisk ubezpieczonych w ośrodkach przemysłowych oraz wykluczać marnotrawstwo godzin roboczych przez zbytnie oddalenie lub zcentralizowanie placówek lecznictwa;

3). zapewniać ciągłość obserwacji ubezpieczonego i jego rodziny oraz ciągłość lecznictwa zarówno z punktu widzenia lekarza ogólnego (wzgl. internisty), jak i z punktu widzenia specjalisty;

4). zbliżać djagnostykę i lecznictwo do poziomu kliniczno-szpitalnego;

5). przewidywać maksymalne obciążenie lekarzy w jednostce czasu i uwalniać lekarza od nadmiaru czynności administracyjno-statystycznych w godzinach pracy lekarskiej;

6). unikać nadmiernej centralizacji lecznictwa i administracji pomocniczej;

7). umożliwiać samokontrolę lekarską rozpoznań i sposobów leczenia;

8). umożliwiać racjonalny podział pracy wśród lekarskiego zespołu instytucji;

9). ułatwiać walkę z nadużyciami i umożliwiać pełny objektywizm w wymierzaniu lekarskich świadczeń;

10). zapewniać ekonomiczną gospodarkę funduszem chorobowym;

11). ułatwiać prowadzenie akcji zapobiegawczej.

Rozpatrzmy powyższe kryteria.

2. System „lekarza domowego“

Wśród uczestników ubezpieczenia rozróżniamy pracujących ubezpieczonych i niepracujących członków rodziny. Lekarz domowy dostosowany jest terytorialnie i organizacyjnie do niepracujących, gdyż jego siedziba jest ustalona według miejsc zamieszkania rodzin, nie zaś według siedziby zakładów i środowisk pracy. Z tego powodu robotnik chcący zasięgnąć pomocy lekarskiej musi z fabryki w północnej części miasta szukać lekarza domowego w części południowej, gdyż tam mieszka, nie może zaś odwiedzić lekarza mieszkającego tuż obok zakładu pracy, gdyż nie należy do jego rejonu. Od lekarza domowego idzie do laboratorium lub rentgena w centrum miasta, a na wschód do mieszkającego tam specjalisty (po uprzednim odwiedzeniu lekarza domowego po raz wtóry). Wędrówka ta odbywa się w różnych godzinach, wszędzie ubezpieczony musi czekać na swą kolej. W razie spóźnienia się musi odbywać wędrówkę dnia następnego. Przy wszystkich tych skierowaniach z miejsca na miejsce wypisuje się góry papierków, bo lekarz lekarza musi zawia-

domić o celu skierowania i podać własne uwagi. Jeżeli tego nie uczyni, specjalista nie wie o co chodzi.

Spróbujmy operować cyframi. Na 100 zgłaszających się ubezpieczonych bywa około 10—15% niezdolnych do pracy, tj. takich, którzy wskutek odwiedzenia lekarzy nie tracą godzin roboczych. Dla tych 15% system lekarza domowego jest obojętny, bo niezdolny do pracy idzie do domu i tam leży. Jednak chodzi tu o 85% ubezpieczonych do pracy zdolnych, którzy chcą i mogą leczyć się bez przerywania pracy zarobkowej i po uzyskaniu porady wracać jak najszybciej do swego warsztatu. Tymczasem ci właśnie muszą tracić najwięcej czasu i upływa nieraz wiele dni zanim przebrną zawiłości systemu i załatwią swą nieraz zupełnie drobną i prostą sprawę. System lekarza domowego jest dla nich najtrudniej dostępny. Na porządku dziennym spotyka się ubezpieczonych, którzy rezygnują wogóle z pomocy lekarskiej, byle tylko nie narażać się na stratę czasu i udręki połączone z jej osiągnięciem. Czy celem systemu ma być odstraszanie ubezpieczonych od lecznictwa?

Obliczanie, ile produkcja społeczna traci godzin roboczych przez nieudolną organizację lecznictwa ubezpieczeniowego dałoby w swej ogólnopaństwowej sumie cyfry z pewnością głośno krzyczące, cyfry, które wystarczyłyby napewno do obalenia systemu tak antiekonomicznego jak „lekarz domowy". Jeżeli mówimy dziś wszyscy o konieczności podniesienia wydajności pracy jako warunku wygrania pokoju, to nie możemy pominąć bez potępienia tego systemu powodującego tak olbrzymie marnotrawstwo cennego czasu roboczego.

Na tym miejscu należy z góry odeprzeć zarzut z jakim można się czasem spotkać wśród niedobitków między byłymi obrońcami systemu lekarza domowego. Zarzut zaczerpnięty z epoki barbarzyńskiej eksploatacji sił roboczych przez hitlerowców, którzy nie uznawali żadnych z góry nie oznaczonych wypoczynków, żadnych zwolnień z pracy i dążyli do tego, aby robotnik był załatwiony byle jak, ale szybko i bez straty godzin roboczych. To, że Niemcy krzywym okiem patrzyli na wszelki system, który powodował straty godzin roboczych, nie może służyć za argument ani na rzecz lekarza domowego ani na jego niekorzyść. Dążąc do usprawnienia lecznictwa nie mamy wszak zamiaru naśladowania barbarzyństwa hitlerowskiego, lecz chcemy zbliżyć pomoc lekarską do zakładów pracy. Wypoczynek robotnika nie może polegać na odbywaniu wędrówek po lekarzach i wyczekiwaniu po poczekalniach.

Tak więc system lekarza domowego oddala pomoc lekarską i utrudnia jej osiągnięcie dla elementu najbardziej w ubezpieczeniu wartościowego i ekonomicznie dodatniego, bo dla uczestników nie przerywających pracy. Elementu, który nie obciąża ubezpieczalni roszczeniami zasiłkowymi, a lecząc się zapobiega przyszłej niezdolności do pracy.

* * *

Przeciążenie lekarzy nadmiarem porad jest możliwe w każdym systemie lecznictwa. Jednak system lekarza domowego — w przeciwstawieniu do innych systemów — wyklucza możliwość równomiernego obciążenia lekarzy i racjonalnego podziału pracy między lekarskim zespołem ubezpieczalni. Cyfry 30 i 40 porad na godzinę są znane, były publicznie piętnowane przez ministrów pracy, były przedmiotem ustawicznych protestów związków lekarskich, uczestników ubezpieczenia i prasy codziennej. Gdy w systemie „zespołowym", tj. ambulatoryjnym, ruch chorych można łatwo rozłożyć między pracujących w przychodniach lekarzy, to w przypadkach zwiększonej frekwencji chorych osamotniony lekarz domowy pozbawiony jest pomocy. Jakże odciążyć lekarza domowego, jeśli np. w jego rejonie zapanuje grypa, która jak wiadomo przenosi się falami z dzielnicy na dzielnicę, bywa katastrofą finansową dla ubezpieczalni, a niesłychaną udręką dla przepracowanego lekarza? W systemie lekarza domowego bywa z reguły tak, że gdy lekarz w jednym rejonie pracuje bez wytchnienia od rana do nocy, to w tym samym czasie inny ma czasu za dużo, bo grypa nie doszła do jego rejonu. Na frekwencję chorych w ubezpieczalni wpływa też oczywiście wiele innych czynników, nie tylko chorobotwórczych, ale ekonomiczno-społecznych, jak np. miejscowe i sezonowe bezrobocie, miejscowe sezonowe roboty itp. Przy systemie tak sztywnym niemożliwe jest przystosowanie podziału pracy do zmieniającej się frekwencji chorych.

Ustalanie ilości i siedzib lekarzy domowych według liczby ubezpieczonych w danych obwodach czy dzielnicach jest grą w ślepą babkę z szeregiem niewiadomych. Obliczenia te są fikcją i nigdy nie zgadzają się z rzeczywistością. Z powodu przenoszenia się ubezpieczonych z miejsca na miejsce, zmian chwilowych miejsc zamieszkania, obliczenia dokonane dziś stają się nieaktualne za miesiąc lub pół roku. Jest to szukanie rozwiązania tam, gdzie go w systemie lekarza domowego wogóle niema, gdyż leży ono gdzie indziej. Równomierny podział pracy, ta elementarna zasada prawidłowej organizacji pracy ludzkiej, jest w systemie lekarza domowego niemożliwy. Ubolewać należy nad nieudolnością twórców systemu, którzy nie widzieli lub nie chcieli widzieć, że racjonalny podział pracy jest podwaliną wszelkiej pracy zbiorowej. Problemu nie rozwiązałoby nawet przyjęcie podwójnej i potrójnej liczby lekarzy domowych, bo wówczas rozbieżności między sezonową frekwencją u pierwszego, drugiego i dziesiątego lekarza domowego byłyby jeszcze większe.

* * *

Ciągłość obserwacji i lecznictwa jest podstawowym warunkiem jego poziomu i skuteczności. Technicznym wyrazem tej ciągłości bywa historia choroby. W szpitalu i klinice, a także w dzielnicowym ambulatorium (przy systemie dzielnicowych ambulatoriów), korzystać może z historii choroby cały zespół lekarski wraz ze specjalistami. Wszyscy mogą współpracować w wypełnianiu historii choroby, która postawiona na odpowiednim poziomie zbliża lecznictwo do idealnego typu kliniczno-szpitalnego.

Natomiast system lekarza domowego zacieśnia ten krąg współpracowników do jednej tylko osoby lekarza domowego, wykluczając od korzystania z historii choroby innych lekarzy

Mówi się słusznie, że proces nadmiernego rozspecjalizowania medycyny należy hamować na rzecz całkowania medycyny. W systemie l. d. popada się w przeciwną skrajność. Usuwa się jeśli nie najważniejszego, to najbardziej potrzebnego specjalistę, bo internistę, spychając go do roli sławetnego „sita", które jest alfą i omegą równie sławetnego systemu. Czyż może wykonywać uczciwą praktykę internistyczną lekarz, który 70—80% czasu zużywa na przesiewanie pacjentów z zakresu innych specjalności? Niewątpliwie nie. Dlatego interna stoi dziś w ubezpieczalniach na szarym końcu mimo, że powinna stać na pierwszym miejscu, gdyż największy jest odsetek przypadków wewnętrznych. Gdyby pozostawiono internistów jako specjalistów takich jak inni, a oprócz nich wprowadzono jako przesiewaczy pomocniczych lekarzy ogólnych, to urządzenie takie byłoby przynajmniej logiczne. Jednak tego nie uczyniono i dlatego system lekarza domowego jest z punktu widzenia poziomu interny godzien całkowitego potępienia

Inaczej w zespołowym systemie ambulatoryjnym. Tam interniści mogą być zatrudnieni jako specjaliści, a rolę sita może spełniać zupełnie młody lekarz ogólny, gdyż rola jego będzie się ograniczać tylko do ogólnego rozpoznawania charakteru cierpienia i kierowania do właściwych lekarzy lub załatwiania drobnostek na miejscu. Pacjenci ubezpieczeniowi byliby niewątpliwie wdzięczni za uwolnienie ich od wędrowania z miejsca na miejsce i chętnie poddawaliby się takiemu situ. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby „przesiewaczem" w ambulatoriach był starszy medyk. W ten sposób możnaby nawet pomóc kształcącej się młodzieży medyckiej w utrzymaniu, zaprawiając ją równocześnie w praktyce ubezpieczeniowej.

Historia choroby — prowadzona zresztą przeważnie zupełnie nędznie z braku czasu — leży sobie tedy u lekarza domowego, a pacjenta przesyła się do specjalisty, który jej nie widzi na oczy. Ogranicza się tedy do diagnozy w „lewej dziurce od nosa", jak niektórzy koledzy złośliwie nazywają niektórych specjalistów. Nie daje mu się bowiem możności rzucenia okiem na całokształt przeszłości chorobowej pacjenta. Ten ogólny rzut oka, tak ważny z punktu widzenia diagnostyki, zapobiegania i ekonomii dodatkowych badań, jest zastrzeżony tylko dla lekarza domowego. *Cui bono* stworzony został system, który od wglądu w przeszłość chorobową wyklucza specjalistów, zacieśniając tym samym medycynę specjalistyczną do jeszcze ciaśniejszych rozmiarów? Czy to ma być zyskiem lecznictwa? Kto podejmuje się taki system pochwalać? I to w czasach dzisiejszych, gdy lekarzy-specjalistów tylu ubyło, gdy praca każdego z pozostałych powinna być jak najbardziej ułatwiona i jak najracjonalniej wykorzystana?

Jedynie tylko system ambulatoryjno-zespołowy, gdzie w jednym budynku znajduje się kartoteka z historiami choroby, gdzie historia choroby służy każdemu i gdzie każdy w jej tworzeniu współpracuje, jedynie tylko on umożliwia pełne wykorzystanie dobrodziejstwa, jakim w lecznictwie masowym może być rzetelnie prowadzona historia choroby.

Zresztą wartość historii choroby jest małą nawet dla samego lekarza domowego. Jeżeli ten lekarz jest przeciążony, jeżeli administracyjne nagłówki i zapiski musi wypełniać sam, sam wyszukiwać historie choroby w domowej kartotece i wkładać je z powrotem według alfabetu, to historia choroby musi wyglądać tak, jak wygląda obecnie. Są to prawie pozbawione wartości luźne i nieczytelne notatki, hieroglify napisane w pośpiechu, chaotycznie. Organizacja lecznictwa ubezpieczeniowego nie potrafiła się nawet zdobyć na to, aby formularze (okładki) na historię choroby były odpowiednio skonstruowane. Praca lekarza domowego nie może być inną i nikt nie może mu czynić zarzutów z powodu niepoważnego traktowania historii choroby. Lekarz domowy jest przeładowany czynnościami administracyjno- pisarskimi, które jako czynności tanie nie powinny obciążać pracy kosztownej, do jakiej zalicza się pracę lekarza. Przeciążanie lekarzy domowych czynnościami administracyjnymi pochodzi stąd, że gdy opinia publiczna w kraju wszczęłą swego czasu alarm z powodu przerostu administracji ubezpieczeniowej, wówczas wprowadzono lekarza domowego, aby wielką część czynności z administracji przerzucić na lekarzy. Świat lekarski nie zorientował się w pułapce.

W systemie ambulatoryjnym — odpowiednio zdecentralizowanym — istnieją najlepsze warunki dla odciążenia lekarzy przez odpowiednio zorganizowaną pomoc administracyjną. W decentralnym ambulatorium istnieje biuro przyjęć chorych, które stwierdza uprawnienia do świadczeń, wypełnia rubryki kartotek, zakłada nowe historie choroby, rozprowadza je po budynku i wprowadza z powrotem na swoje miejsce po zużytkowaniu. Lekarz zajmuje się wówczas czystymi zapiskami lekarskimi.

System lekarza domowego nie zapewnia zresztą nawet ciągłości historii choroby w takim stopniu, jak to czyni system ambulatoriów dzielnicowych. Ubezpieczeni przenoszą się z miejsca na miejsce. Wówczas urywa się i ciągłość. Przenoszenie historii choroby od lekarza do lekarza w ślad za ubezpieczonym jest w praktyce prawie niemożliwe do przeprowadzenia. Przesyłki takie wymagałyby uruchomienia dużego i kosztownego aparatu administracyjno-ekspedycyjnego, który jeszcze bardziej zwiększyłby nadmierne koszta administracyjne. Natomiast system ambulatoriów dzielnicowych ogarniających całe kompleksy rejonów lekarskich czyni tę sprawę czymś prostym. Jeżeli ubezpieczony przeniesie się z ulicy na ulicę w obrębie tej samej dzielnicy, historia choroby pozostaje nienaruszona w kartotece dzielnicowego ambulatorium i korzysta z niej następny lekarz rejonowy. Jeżeli przeniesie się w obręb innego ambulatorium dzielnicowego, historia choroby przechodzi tylko z ambulatorium do ambulatorium. Zamiast krążyć wśród kilkudziesięciu lekarzy domowych, przenosi się — i to rzadko — do jednego z kilku dzielnicowych ambulatoriów.

Jak dalece system lekarza domowego podrywa całą wartość historii choroby, dowodem fakt, że zaledwie w około $10^0/_0$-tach przypadków historia choroby dostaje się do rąk lekarza orzekającego z ramienia Z. U. S. o przyznaniu świadczeń emerytalnych z funduszu emerytalnego robotników lub pracowników umysłowych. A więc nawet tam, gdzie chodzi o rozstrzygnięcie czy ubezpieczonemu przyznać świadczenia najkosztowniejsze, bo rentę na całe życie, lekarz orzekający nie może korzystać z wieloletniej obserwacji lekarzy ordynujących. Nie trudno też domyśleć się, ile kosztować musi powtarzanie przez lekarzy orzekających wszystkich badań dodatkowych (rentgen, elektrokardiogramy itd.),, jakie przy złej organizacji kartotek z historiami choroby i antiorganizacyjnym systemie lekarza domowego przepadają z reguły dla długoterminowego orzecznictwa. W rachunkach, jakie z tytułu orzecznictwa lekarskiego płaci Z. U. S. z funduszów ubezpieczeń długoterminowych za badania lekarskie prowadzone dla funduszu emerytalnego przez rzeczoznawców, wyższą pozycje stanowią badania dodatkowe, niż honoraria rzeczoznawców. Gdyby historie choroby były dla rzeczoznawców stale dostępne, stosunek kosztów byłby odwrotny, a uniknięcie powtarzania tych samych badań dałoby w ogólnopaństwowej sumie znaczne oszczędności.

* * *

Lecznictwa niepodobna zostawić bez kontroli lekarzy naczelnych, konsulentów i lekarzy administracyjnych. Kontrola taka wśród rozsypanych lekarzy domowych jest fikcyjna. Natomiast kontrola skupiona w ośrodku ambulatoryjnym jest łatwa i skuteczna. Praca w zespole lekarskim w przychodni dzielnicowej umożliwia samokontrolę lekarską rozpoznań i sposobów leczenia, jak również zasiłkowania. Jeżeli historia choroby jest dostępna dla wszystkich, jeżeli w każdej chwili zwołać można na miejscu konsylium ze specjalistą ordynującym w danej chwili w przychodni, jeżeli w razie sporu o zasiłek rozstrzygać może na miejscu konsyliarius, konsylium lub lekarz administracyjny, to taki system wzajemnej kontroli ułatwia lekarzowi pracę, stawia ją na wyższym naukowym poziomie, zwiększa odsetek trafnych rozpoznań i sposobów leczenia, zmniejsza ilość omyłek.

Lekarz domowy jest pozostawiony sam sobie i praktycznie znajduje się poza obrębem samokontroli lekarskiej.

Atmosfera niemal kliniczna, jaka panować może w dobrze urządzonym ośrodku ambulatoryjnym wpływa korzystnie na lekarzy i ubezpieczonych, podnosi autorytet rozpoznań i wskazań lekarskich, a więc podnosi i zaufanie. Zachowanie się ubezpieczonych jest zupełnie inne niż w mieszkaniu lekarza domowego, który bywa stale narażony na gwałtowne, a nieraz z agresywnością połączone roszczenia ubezpieczonych. Lekarz domowy staje się jakby niewolnikiem ubezpieczonych, w czym system ten jest podobny — choć w innym znaczeniu — do systemu wolnego wyboru, jakkolwiek jest tego ostatniego antitezą.

Sprawa powyższa łączy się ze sprawą walki z nadużyciami ze strony ubezpieczonych (pseudoubezpieczeni, fikcyjnie zgłoszeni, symulanci, agrawanci, podstawione inne osoby itd.) Wszystkie nadużycia i fałszerstwa przechodzą przez gabinety lekarzy domowych. Do ich obowiązków należy m. i. być sitem dla nadużyć. Aby ten obowiązek spełnić, musiałby lekarz domowy być chyba sędzią śledczym, który każdy wątpliwy przypadek uprawnień poddawałby wyczerpującym badaniom. Oczywiście tego robić nie może. To też przez gabinety lekarzy domowych uciekają ogromne fundusze ubezpieczeniowe.

Natomiast w ośrodku ambulatoryjnym sprawdza na miejscu uprawnienia decentralne biuro przychodni na podstawie dzielnicowej ewidencji. Urzędnicy przy okienkach znają z czasem wszystkich ubezpieczonych i przeciwdziałać mogą skutecznie nadużyciom, zdejmując z lekarzy ten nad wyraz niemiły obowiązek policyjno-ubezpieczeniowy. Kontrolerzy chorych kierowani przez lekarza administracyjnego odwiedzają domy obłożnie chorych i sprawdzają czy zasiłkowani stosują się do zleceń lekarskich, czy leżą w łóżku, czy też pracują pobierając równocześnie zasiłek chorobowy. System ambulatoryjny zdejmuje z lekarza odium zurzędniczenia, a jeśli gdzieś tego nie czyni, to jest to winą nieudolności miejscowej, nie zaś systemu. Lekarz domowy jest natomiast sam urzędnikiem administracyjnym.

* * *

W systemie lekarza domowego antiekonomiczne jest wyzyskanie lokali i czasu. Ambulatorium dzielnicowe może być w ruchu cały dzień. Gabinet lekarza domowego czynny jest parę godzin. W swoim czasie obliczył dr Zarewicz w „Normalizacji kosztów świadczeń", ile kosztuje utrzymanie ubikacji w ambulatorium dzielnicowym i cyfry tam podane dowodzą, że utrzymanie ambulatoriów jest tańsze od utrzymania rozsypanych gabinetów lekarzy domowych i specjalistów.

* * *

Pojęcia lekarza „domowego" i „ogólnego" nie są synonimami, choć w gwarze ubezpieczeniowej uważa się je za identyczne. Lekarz „ogólny" jest pojęciem lekarsko-uniwersyteckim (dr wszech nauk lek.), a lekarz „domowy" pojęciem ubezpieczeniowo-organizacyjnym, wniesionym na teren ubezpieczeniowy w sposób mocno demagogiczny z owych dobrych czasów, gdzie prywatny „lekarz domowy" za dobrym honorarium opiekował się całymi latami zdrowiem zamożnej rodziny mieszczańskiej.

Pojęcia te możnaby do pewnego stopnia zastosować tylko do pediatry. Organizacyjnie możliwym lekarzem domowym jest tylko pediatra. Dla dzieci jest on jednocześnie „lekarzem domowym" i „specjalistą domowym". Pediatra nie ma do czynienia z uczestnikami pracującymi w fabrykach, lecz z dziećmi i ich matkami. Związany więc jest najściślej z miejscem zamieszkania ubezpieczonych.

* * *

Lekarz domowy jest instytucją antisanitarną. Z punktu widzenia zasadniczej ustawy sanitarnej gabinety lekarzy domowych powinny być z urzędu pozamykane, lub całkowicie przeformowane. Z pun-

ktu widzenia epidemiologicznego niedopuszczalnym jest, aby w jednej poczekalni lekarza domowego tłoczyli się dorośli i dzieci, choroby zakaźne z chorobami niezakaźnymi, aby jeden i ten sam lekarz przechodził od chorego na szkarlatynę lub dyfterię do dziecka niezakaźnie chorego, aby od septycznej rany przechodził do badania ginekologicznego itp.

Oczywiście w systemie ambulatoryjnym źródła infekcji pozostają nadal źródłami infekcji, lecz są rozdzielone. Septyczną raną zajmuje się chirurg, a badaniem ginekologicznym nie lekarz domowy lecz ginekolog. Dzieci podejrzane na zakaźną chorobę czekają w boksach, o których nie może być mowy w gabinetach lekarzy domowych. Obsługa przeprowadza bieżącą i końcową dezynfekcję. Rozspecjalizowanie i terytorialne rozmieszczenie lecznictwa ambulatoryjnego może z łatwością uczynić zadość elementarnym postulatom sanitarnym, którym system lekarza domowego urąga. Oczywiście nie w absurdalnie zorganizowanych przychodniach centralnych, gdzie szał oszczędnościowy kazał ongiś skupiać masy chorych, lecz w rozsądnie zdecentralizowanych przychodniach dzielnicowych. Urządzenia lekarza domowego nigdy nie mogą być takie, jak ambulatorium wyposażonego przez instytucję rozporządzającą ogromnymi funduszami.

* * *

Powyższe słowa porównawczej krytyki nie są gołosłowne, lecz oparte na długim doświadczeniu, a m. i. na doświadczeniach Związku Lekarzy Kas Chorych we Lwowie, gdzie przed rokiem 1934 zdołano mimo wielkich przeszkód wprowadzić system ambulatoriów zespołowych z „wieloosobowym lekarzem rejonowym". Organizacja jednego z wzorowych tego rodzaju ośrodków lecznictwa, pomimo przeszkód stawianych w ciągu ostatnich 3 lat przed wejściem w życie ustawy scaleniowej i systemu lekarza domowego, rozwinęła się znakomicie, zbliżając się szybkimi krokami do upatrzonego ideału. Niestety, niesamowite wpływy, które już wówczas działały na rzecz doktryny lekarza domowego, systematycznie utrącały pracę Związku, aż zniszczyły doszczętnie cały dorobek organizacyjny systemu ambulatoryjnego.

* * *

Jakiż więc system spełnić może wyrażone na wstępie postulaty?

Odpowiedź brzmi: system obwodów leczniczych opartych na wieloosobowym lekarzu rejonowym.

System ambulatoryjno-zespołowy nie może być zcentralizowany, gdyż powtórzyłyby się znowu niesłychane anomalie, jakie wskutek stłoczenia ubezczonych w jednej przychodni zdyskredytowały sam system. Nie może to być jedno wielkie ambulatorium centralne, gdzie masy ubezpieczonych za „numerkami" czy bez nich gniotą się w poczekalniach biur administracyjnych i w niesłychanie przepełnionych poczekalniach lekarzy ambulatoryjnych. Muszą to być przychodnie zdecentralizowane według klucza: 1 przychodnia na 10—15—20,000 tysięcy ubezpieczonych, w zależności od miejscowych potrzeb, warunków i bliskości wielkich zakładów pracy lub skupisk średnich zakładów pracy. Przychodnie mniejsze będą nieekonomiczne, większe — antiorganizacyjne.

Prawidłowa przychodnia dzielnicowa zatrudnia wszystkie najważniejsze specjalności. Terytorium podlegające zasięgowi przychodni podzielone jest na określoną liczbę „rejonów zasadniczych", tj. internistycznych, względnie ogólnych. Według tego podziału kształtują się następnie automatycznie rejony specjalistyczne. Jeżeli przychodnia podzielona zostanie np. na 20 rejonów internistycznych (ogólnych), a rozporządza 4-ma chirurgami i 2-ma laryngologami, to każdy z chirurgów otrzymuje 5 rejonów internistycznych, a każdy z laryngologów po 10 rejonów internistycznych. Każdy z nich będzie „rejonowym chirurgiem" czy „rejonowym laryngologiem". Podział przeprowadzają sami lekarze na zasadzie przypuszczalnej liczby ubezpieczonych w rejonach, dostępności terenu i innych warunków miejscowych. Podziału takiego dokonywał w swoim czasie lwowski Związek Lekarzy Kas chorych z doskonałym skutkiem, wykluczając z góry źródła niezadowolenia z powodu niesłuszności podziału. Poprawki w wykroju rejonów odbywają się w miarę potrzeby. Odpowiednia tabela rejonów według ulic informuje lekarzy i ubezpieczonych.

Lekarz rejonowy ordynuje 4 godziny, w tym 2 godziny w ambulatorium, a 2 godziny na rejonie. Jednak dla uniknięcia natłoku chorych przy końcu godzin ordynacji, tabliczki ordynacyjne zapowiadają ordynację tylko 1-godzinną. Druga godzina pozostaje dla spokojnego wykończenia poczekalni. Pożądane jest, aby lekarz rejonowy (internista, wzgl. ogólny) mieszkał w tej samej dzielnicy lub w tym samym rejonie, który mu podlega. W ten sposób zbliża się lecznictwo nie tylko do zakładów pracy (w pobliżu których znajduje się ośrodek ambulatoryjny), ale i do siedzib ubezpieczonych (w pobliżu których będzie mieszkał lekarz rejonowy).

W systemie lwowskim lekarz ordynował ponadto 1 godzinę u siebie w domu dla załatwienia wyjątkowych wypadków (wypadki nagłe, niemożność korzystania z ambulatorium w godzinach pracy). Jednak do rzadkości należało, aby chorzy odwiedzali lekarza w godzinie domowej, a regułą było, że odwiedzali tylko ambulatorium, gdzie na miejscu załatwiani byli wszechstronnie, uzyskiwali dostęp do specjalistów i pobierali leki w miejscowej dzielnicowej aptece wzgl. rozdzielni leków.

W przychodni dzielnicowej (obwodowej) znajduje się biuro administracyjne, które prowadzi miejscową ewidencję uprawnień, wypełnia nagłówki kart chorobowych, rozprowadza je po gmachu i wprowadza z powrotem do kartoteki. Historie choroby odchodzą również do specjalistów, którzy obserwacje i rozpoznania swoje wprowadzają do nich bezpośrednio. Dzięki temu powstaje cenna współpraca, cenna wzajemna samokontrola i wzbogacanie historii choroby wartościowym materiałem. Urządzenie to pozwala uniknąć wielokrotnego powtarzania tych samych badań przez różnych lekarzy, co dla ekonomicznej gospodarki ma duże znaczenie.

Na czele przychodni obwodowej stoi lekarz obwodowy prowadzący administrację lecznictwa.

Do jego czynności należy m. i. zaopatrywanie przychodni w potrzebne materiały i urządzenia, prowadzenie kontroli chorych i zasiłków. Kontrolerzy chorych podlegają mu bezpośrednio. Lekarz obwodowy jest bezpośrednim organem naczelnego lekarza.

Spory o zasiłek rozgrywają się na miejscu i ubezpieczony niezadowolony z orzeczenia lekarskiego badany jest na miejscu przez lekarza rewizyjnego (wzgl. konsulenta). Lekarzem rewizyjnym może być w jednej osobie lekarz obwodowy (w mniejszych przychodniach). Apteka lub miejscowa rozdzielnia leków załatwia na miejscu prawie całą recepturę i zaopatruje przychodnie w potrzebne leki i materiały.

Przychodnia obwodowa rozporządza własnymi środkami lokomocji dla przewozu chorych i lekarzy lub też środkami umówionymi (samochody, dorożki konne).

Zespół lekarski nie musi być w pogotowiu 24 godzin, gdyż wizyty nagłe, nocne i nadliczbowe załatwiają lekarze dyżurni oraz instytucja „lekarzy rezerwowych", którzy rekrutują się spośród kandydatów na lekarzy ubezpieczeniowych umieszczonych na „liście zastępców" ustalonej przez związek lekarzy w porozumieniu z naczelnym lekarzem. Lekarze rezerwowi wchodzą również automatycznie w swe czynności w przypadkach okresowo zwiększającego się ruchu chorych (grypa, dni sobotnie itp.) lub w razie zachorowania albo urlopu stałego lekarza rejonowego.

Tak zorganizowana przychodnia obwodowa zdolna jest obsłużyć sprawnie nie tylko ubezpieczonych zamieszkałych w danej dzielnicy miasta, ale rozpościerać swą działalność dość daleko w głąb powiatu, co jest prawie niemożliwe przy jednej tylko wielkiej przychodni centralnej lub przy systemie lekarza domowego. Promieniowanie w głąb powiatu jest tu p i e r w o w z o r e m o r g a n i z a c j i l e c z n i c t w a w p o w s z e c h n e j s ł u ż b i e z d r o w i a opartej o ubezpieczenia chorobowe.

Uzupełnieniem przychodni decentralnych jest przychodnia c e n t r a l n a, w której znajdują się urządzenia, jakich nie ma przychodnia obwodowa. W przychodni centralnej mieć więc będziemy rentgena terapeutycznego, elektrokardiografię, urologię, centralną przychodnię wenerologiczną, labolatoria, stację Wassermana, średnią chirurgię, operatywę dentystyczną, wyższą przychodnię okulistyczną z urządzeniami, których nie ma w przychodni obwodowej, centralną aptekę i skład i centralną administrację z biurem naczelnego lekarza. Jednym słowem, centralna przychodnia uzupełnia to, czego w danej chwili nie da się lub nie potrzeba urządzać w przychodni obwodowej.

Służba nocna zasadza się na dyżurującym urzędniku przychodni centralnej, który zawiadamia o nocnych i nagłych wizytach lekarzy dyżurnych. Pogotowie pierwszej pomocy jest w tych warunkach łatwe do uruchomienia.

Odpada przeciążenie lekarzy czynnościami administracyjnymi, które tak zachwaszczają pracę ściśle lekarską. Czynności te załatwia częściowo biuro przychodni, częściowo lekarz obwodowy. Irracjonalna organizacja lekarza domowego, jak również irracjonalna organizacja oparta na jednej centralnej przychodni, nie zwalnia lekarza od tych czynności.

Przychodnia obwodowa znajdująca się w środowisku przemysłowym, wokoło którego najczęściej mieszkają i załogi fabryk, urzeczywistnia najlepiej postulat z b l i ż e n i a p l a c ó w e k l e c z n i c t w a d o z a k ł a d ó w p r a c y. Ma to ogromne znaczenia zarówno z uwagi na oszczędność czasu pracujących uczestników, jak i z uwagi na s z y b k o ś ć p i e r w s z e j s p e c j a l i s t y c z n e j p o m o c y w w y p a d k a c h p r z y p r a c y. Zespół lekarski przychodni zapoznaje się ze zdrowotnymi warunkami zakładów pracy, co przyczynia się wybitnie do ulepszania organizacji walki z c h o r o b a m i z a w o d o w y m i. Jeżeli do pobliskiej przychodni napływają ciągle ci sami robotnicy z tych samych zakładów pracy i zespół lekarski może stale obserwować zachorowalność ubezpieczonych w związku z warunkami ich pracy, wówczas akcja zapobiegawcza wynika z tego wprost automatycznie i przy zorganizowaniu należytej współpracy z lekarzami fabrycznymi, inspekcją pracy i organami bezpieczeństwa i higieny pracy, powstaje organizacja mogąca działać niezwykle sprawnie i skutecznie. O takiej organizacji nie można marzyć przy żadnym innym systemie lecznictwa, a najmniej przy systemie lekarza domowego.

System ambulatoryjno-zespołowy ułatwia wykonywanie całego szeregu z a b i e g ó w w sposób najmniej zabierający czasu i najekonomiczniejszy dla ubezpieczalni. Injekcje mogą wykonywać specjalni lekarze injektorowie lub starsi medycy pod nadzorem lekarskim, dzięki czemu przeciążony zwykle lekarz ordynujący nie musi przy każdym chorym osobno gotować strzykawek, lub wyjeżdżać do chorego dla wykonania zastrzyku. W systemie tym zmniejszają się również znacznie k o s z t a s z p i t a l n e, gdyż w odpowiednio urządzonym ambulatorium, przy istniejącej na miejscu pomocy, można wykonywać wiele zabiegów z zakresu małej, a nawet średniej chirurgii, ginekologii, laryngologii itp. W innym systemie chorego trzeba odsyłać do szpitala. W ten sposób praca ambulatoryjno-zespołowa zaprawia lekarzy do wydajnej i rzetelnej pracy. System lekarza domowego od tej pracy oducza.

Jakkolwiek minęła już wojna i weszliśmy w erę pracy pokojowej, to jednak i dziś mówi się często jaki system jest najodpowiedniejszy w czasie wojny. W czasie wojny system lekarza domowego nie jest wogóle żadnym systemem i nie różni się niczym od zwykłych gabinetów prywatnych lekarzy. Okres września 1939 był pogromem lekarza domowego. Większość lekarzy domowych poszła do wojska lub usuwała się przed wrogiem wraz z resztą ludności. „System" znikł wówczas bez śladu, a zostali tylko poszczególni lekarze, którzy bez systemu udzielali chorym i rannym pomocy jak mogli. Nie było ambulatoriów, które w czasie wojny wrześniowej mogły odegrać dużą rolę jako placówki pierwszej pomocy wojennej dla rannych i chorych. Tam, gdzie takie placówki zostały, tam swą niezwykle dodatnią rolę odegrały. Autor niniejszego referatu osobiście z jednej z takich placówek ubezpieczeniowych we wrześniu 1939 urządzić zdołał bez większych trudności szpital polowy.

* * *

Zbliżamy się ku powszechnej służbie zdrowia, której jądrem krystalizacyjnym muszą być ubezpieczenia. W każdym razie będą one w sieci powsz. sł. zdrowia instytucją najważniejszą. To też zagadnienie czy ubezpieczenie chorobowe ma do powsz. sł. zdrowia wnosić system lekarza domowego czy inny, jest pierwszorzędnej wagi. Nie ulega wątpliwości, że system lekarza domowego dla powszechnej służby zdrowia jest bezwartościowy. Bezwartościowy okazał się on i przed wojną, skoro mnóstwo instytucji odpadło od terytorialnego ubezpieczenia tylko dlatego, że system lecznictwa ubezpieczeniowego nie przedstawiał dla nich wartości (wielkie banki, monopole, lasy państwowe, wytwórnie uzbrojenia, wielkie zarządy komunalne itd.). Ubezpieczenia nie umiały dla tych instytucji urządzić lecznictwa zbliżonego do reprezentowanych przez nie zakładów pracy i przystosowanego do ich organizacji. A było to łatwe. Wystarczyłaby odrobina ducha organizacyjnego nie oślepionego doktryną lekarza domowego.

Wszyscy zgodzą się na to, że wprowadzając nową organizację lecznictwa nie można niszczyć dotychczasowego dorobku. Niestety zasady tej nie trzymano się przy niszczeniu systemu ambulatoryjnego. Zniszczono dorobek materialny i organizacyjny ogromnej wartości. Dziś sprawa przedstawia się odwrotnie. Likwidując system lekarza domowego na rzecz systemu ambulatoryjno-zespołowego, nie likwidujemy żadnego dorobku. Cała „rewolucja“ reorganizacyjna polegać będzie tylko na tym, że „lekarz domowy“ przeniesie z pieleszy domowych swoją ordynację do obwodowego ambulatorium, co i jemu i ubezpieczonym wyjdzie na zdrowie. Likwidacja systemu nie będzie więc żadną likwidacją dorobku, lecz rozbudową lecznictwa w duchu najpilniejszych potrzeb zdrowotnych kraju i przyszłej sieci powszechnej służby zdrowia.

Higiena i bezpieczeństwo pracy składową organizacji pracy

Zagadnienie medycyny społecznej, a między nimi postulaty organizacyjne higieny i bezpieczeństwa pracy wykazują coraz większą siłę penetracyjną wśród całokształtu zjawisk gospodarczo-społecznych i zdrowotnych. Praca dobrze zorganizowana jest pracą bezpieczną i higieniczną. I odwrotnie: bezpieczne i higieniczne warunki pracy istnieją tylko w pracy prawidłowo zorganizowanej.

Kierując się powyższą zasadą Instytut Naukowy Organizacji i Kierownictwa (Centrala: Kraków, ul. Sienkiewicza 4 prezes prof. dr inż. Stanisław Bieńkowski) powołał do życia Centralną Sekcję Bezpieczeństwa i Higieny Pracy przy Instytucie, powołując na jej przewodniczącego dr Jana Hozera, jako sekretarza inż. Ślaskiego, a jako członków Zarządu Inspektora Bezpieczeństwa i Higieny Pracy inż. Zygmunta Puławskiego, przedstawiciela Okr. Kom. Zw. Zaw., Florkowa, delegatów Rady Zakładowej zakładów Zieleniewskiego inż. Stan. Oprzędkiewicza i Józefa Ryniewicza, referenta psychotechnicznego D. O. K. P. w Krakowie Mr. Niemca, delegata zakładów „Suchard“ p. Wilczka. Dalsi członkowie zostaną dokooptowani w miarę rozwoju prac.

Ustalono wytyczne działalności Sekcji i plan pracy — przy czym podkreślono zasadniczy charakter jej prac — w kierunku ustalania podstaw naukowych opartych na praktycznym doświadczeniu z dziedziny bezpieczeństwa i higieny pracy.

Sekcja przystępuje do badania warunków pracy w przedsiębiorstwach przemysłowych z punktu widzenia organizacji, wydajności, bezpieczeństwa i higieny pracy.

Pierwszym tematem prac Sekcji jest zbadanie przydatności i przystępności obecnego systemu lecznictwa Ubezpieczeń Społecznych dla zakładów pracy i załóg robotniczych:

1. z punktu widzenia ekonomii czasu pracy tj. strat czasu oraz zaburzeń w organizacji i wydajności pracy wynikających ze zbytniego oddalenia, rozrzucenia lub nadmiernego zcentralizowania poszczególnych placówek lecznictwa ubezpieczeniowego;

2. z punktu widzenia organizacji pierwszej pomocy w nagłych wypadkach podczas pracy;

3. z punktu widzenia przeciwdziałania wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym.

Dla zebrania oryginalnego cyfrowego materiału i opinii z terenu zakładów pracy, Sekcja rozesłała ankietę do przedsiębiorstw przemysłowych rozmaitego typu i Rad Zakładowych z prośbą o wypowiedzenie się w tej sprawie. Należy oczekiwać b. interesującego materiału.

Z uwagi na to, że ankieta ta może i powinna wzbudzić zainteresowanie lekarzy fabrycznych i ubezpieczeniowych podajemy jej treść:

1. Rodzaj przedsiębiorstwa, nazwa, charakter produkcji, 2. Przeciętna ilość robotników i pracowników zatrudnionych w ciągu 2 okresów 3-miesięcznych (1 VIII—31 X 45 i 1 XII 45—28 II 46). 3. Ogólna liczba robotników i pracowników, którzy korzystali z porad lekarskich w Ubezp. społ. (w tychże okresach ankietowych). 4. Ogólna liczba godzin opuszczonych przez robotników i pracowników dla celów leczenia się w Ub. Sp. 5. W liczbie ogółem opuszczonych godzin pracy, ile było godzin opuszczonych, a nie potrącanych z zarobku pracowników. 6. Czy oddalenie placówek lecznictwa ubezp. powoduje nadmierne opuszczanie godzin roboczych i czy wpływa to ujemnie na organizację i wydajność pracy w zakładzie pracy? 7. Czy zbytnie oddalenie placówek lecznictwa ubezpieczeniowego utrudnia dostępność lecznictwa dla załóg robotniczych? 8. Czy konieczność tracenia większej ilości godzin roboczych dla zasięgania oddalonych porad lekarskich nie skłania robotników do zaniechania tych porad i czy zdaniem Rad Zakładowych nie wpływa ujemnie na ich zdrowotność i zapobieganie chorobom? 9. Czy odległość placówek leczniczych Ub. Społ. nie wpływa ujemnie na udzielanie pierwszej pomocy w nagłych wypadkach? Jakie Rada Zakładowa mogłaby wysunąć projekty usprawnienia tej pierwszej pomocy. Uwaga: w formułowaniu odpowiedzi należy mieć na myśli organizację pomocy fachowo-lekarskiej i możliwie specjalistycznej (chirurgiczna, okulistyczna itd.) niezależnie od sprawy pogotowia miejscowego lub lekarza fabrycznego. 10. Czy działalność lecznictwa ubezpieczeniowego w kierunku zwalczania chorób zawodowych i zapobiegania tymże jest w obecnym systemie dostateczna, a jeżeli nie, to dlaczego? Czy organizacyjne i terenowe zbliżenie placówek lecznictwa ubezp. do zakładów pracy uważa Kierownictwo zakładu i Rada Zakładowa za konieczne? 12 W razie odpowiedzi twierdzącej na pyt. 11: to w jakiej formie? Uwaga: czy np. pod postacią zdecentralizowanych ambulatoriów w po-

bliżu skupisk przemysłowych zakładów, a zatrudniających najważniejsze specjalności lekarskie, laboratoria pomocnicze i rozdzielnie leków. Czy z obecnego systemu „Lekarza domowego“ należałoby pozostawić jedynie specjalistów chorób dziecięcych związanych z siedzibami rodzin ubezpieczonych, a resztę lecznictwa zbliżyć zasadniczo do zakładów pracy? 13. Jakie na temat ujęty w powyższe pytania przytoczyć może Kierownictwo i Rada Zakładowa przykłady z okresu przedwojennego? 14. Inne uwagi i wnioski Kierownictwa Zakładu i Rady Zakładowej na temat poruszony ankietą.

Odpowiedzi na pytania ankiety mają być podawane na osobnych arkuszach, z powołaniem się na odpowiednie numery porządkowe pytań i kierowane do Instytutu Naukowego Organizacji i Kierownictwa w Krakowie, Sienkiewicza 4 z napisem „Ankieta“ za okres I ankietowy w terminie do 5 grudnia 1945, za okres II ankietowy w terminie do 15 marca 1946 r.

Sekcja stanęła na stanowisku, że Instytut Naukowy Org. i Kier. powinien rozwinąć akcję za utworzeniem na wyższych uczelniach katedr medycyny pracy i lektoratów bezpieczeństwa pracy, jak również wszcząć starania o restytuowanie Instytutu Psychotechnicznego.

Również przy Oddziale Instytutu Nauk. Org. i Kier. w Warszawie powstała Sekcja Bezpieczeństwa i Higieny Pracy pod przewodnictwem inż. Stefana Filipkowskiego. Wystąpiła ona z inicjatywą wydania Vade Mecum bezpieczeństwa i Higieny Pracy, objętości około 200 stronic.

Sekcja Bezpieczeństwa pracy przy Instytucie w Krakowie rozpatrywała ostatnio zagadnienie „Regulacji dopływu do zawodów“ (refer. dr J. Hozer). Między innymi w ważnym tym zagadnieniu chodzić będzie o organizację poradnictwa zawodowego (negatywna i pozytywna selekcja lekarska i psychotechniczna — począwszy od wieku szkolnego, a skończywszy na selekcji w wieku zawodowym oraz poradnictwo branżowych rzeczoznawców). Działalność Sekcji B. i H. opiera się na regulaminie. Zarząd Instytutu mianował nadzw. członkami Instytutu N. O. K. dr Jana Hozera — Kraków, inż. Zygmunta Puławskiego — Kraków i Dr Witolda Kruk-Ołpińskiego — Wrocław

Organem Instytutu jest „Przegląd Organizacji“ — red. i adm. w Krakowie, Sienkiewicza 4, W nr 1 pojawił się pierwszy artykuł inż. A. Dunina pt. Organizacja a bezpieczeństwo i higiena pracy, a w nr 2 artykuł dr J. Hozera pt. Wydajność pracy, a zagadnienia bezpieczeństwa i higieny pracy.

Obok Śląskiego Oddziału Instytutu w Bytomiu, organizuje się Oddział w Łodzi i w Poznaniu. gdzie zapewne powstaną również Sekcje bezp. i higieny pracy.

W ten sposób terenowe organizacje bezpieczeństwa i higieny pracy (wyłonione z Rad Zakładowych na zasadzie dekretu o Radach Zakładowych) znajdą swój odpowiednik na stopniu wyższych uczelni. Doświadczenia napływające z terenu będą przedmiotem naukowych opracowań z punktu widzenia organizacji pracy, a z chwilą utworzenia katedr medycyny pracy — z punktu widzenia fizjologii i patologii pracy.

* * *

Zainteresowanie sprawami higieny i bezpieczeństwa pracy wzrosło gwałtownie również na terenie zakładów pracy pod wpływem dekretu o Radach Zakładowych, przewidującego tworzenie sekcji bezp. i higieny pracy przy przedsiębiorstwach. Nadchodzą wiadomości z rozmaitych stron o rozpoczęciu działalności takich sekcji.

W dniach 30 i 31 X 1945 odbył się w Katowicach Zjazd Kierowników Bezpieczeństwa i Higieny Pracy w Zakładach wytwórczych podległych Ministerstwu Przemysłu, przy udziale około 80 osób ze sfer urzędowych i przedstawicieli komórek bezpieczeństwa licznych warsztatów wytwórczych oraz górnictwa węglowego. Wśród 5 wygłoszonych tam referatów wybijał się głębokością i obszernością ujęcia referat b. Gł. Inspektora Pracy M. Klotta na temat: „Organizacja bezpieczeństwa i higieny pracy w górnictwie węglowym“, który przedstawił poczynania w tej dziedzinie Centr. Zarządu Przem. Węglowego w Polsce. Po macoszemu potraktowano na zjeździe dziedzinę higieny pracy, ponieważ nie zgłoszono ze strony lekarskiej ani jednego referatu dyskusyjnego. Jednak dzięki obecności na zjeździe Dr Szumskiego (Z. U. S. — Chorzów) i dr Kunickiej-Prenier Marii (Okr. Insp. Pracy w Katowicach) czynnik lekarski zabrał głos i złożył nast. wnioski oraz dezyderaty:

(Dr Szumski) Konieczne jest podniesienie kondycji fizycznej i umysłowej pracowników; poprawienie stanu odżywienia załóg pod względem kalorycznym i witaminowym; zaopatrzenie stołówek w jarzyny i owoce. Otoczenie specjalną opieką kobiety ciężarnej i młodej pracującej matki. Na pierwszym miejscu stoi zagadnienie zdrowej populacji, a dopiero na drugim spożytkowanie kobiecych rąk na rynku pracy. Postulat, by każdy zakład pracy miał swego lekarza higienistę zajmującego się stroną higieniczno-zapobiegawczą warsztatu pracy. Do pomocy potrzebne przeszkolone przemysłowe higienistki. Niezbędne usprawnienie pracy lekarzy fabrycznych, opracowanie dla nich wytycznych i regulaminów, dostarczenie pomocy naukowych i materiałów dla propagandy higieny i bezp. pracy. Przeprowadzenie wstępnych badań dla nowoprzyjmowanych pracowników i uzależnianie od ich wyniku przydziałów do poszczególnych gałęzi pracy. Nacisk na badania osób szczególnie narażonych na szkodliwości zawodowe (choroby zawodowe). Zainteresowanie ośrodków naukowo-lekarskich, przede wszystkim wydziałów lekarskich; pomoc finansowa w pracach naukowo-lekarskich, nie wyłączając studiów zagranicznych.

(Dr Kunicka-Prenier M.) Bezpieczeństwo i higiena pracy nie da się zrealizować przy uwzględnianiu jedynie czynnika technicznego, a bez brania pod uwagę czynnika ludzkiego. Rzeczoznawcą czynnika ludzkiego w zakładach pracy jest lekarz, tak jak rzeczoznawcą technicznym jest inżynier. Lekarz wchodzić winien w skład wszystkich komórek bezpieczeństwa i higieny pracy na wszystkich stopniach organizacyjnych (zakładowych, zjednoczeniowych i centralnych). Winien być również członkiem zarządu zakładu pracy. Czynnik lekarski jest w tej dziedzinie liczebnie za mały i należy go ilościowo wzmocnić. W tym celu należy powołać odpowiednią ilość lekarzy przez rozpisanie konkursów na określone posady. Lekarze ci mieliby za zadanie opiekować się nie tylko zdrowiem pracowników, ale i warunkami pracy w zakładach. Lekarzom tym należy dać możność jednoczesnego dokształcania się w dziedzinie higieny pracy na specjalnych kursach i przez dostarczanie im odpowiedniej literatury zawodowej. Należy też dążyć do szkolenia sił pomocniczych (sanitariuszy, pielęgniarzy, higienistów itp.).

XX. Zjazd Psychiatrów Polskich w Tworkach

W dniach 1—3 listopada 1945 r. odbył się w Zakładzie Psychiatrycznym w Tworkach pod Warszawą, w 25 rocznicę założenia Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, XX Zjazd Psychiatrów polskich. Był to w ogóle pierwszy Zjazd Naukowy w Polsce od chwili odzyskania niepodległości. Zjechali się licznie psychiatrzy ze wszystkich stron Polski, szeregi ich jednak były bardzo przez wojnę przerzedzone. Około połowy z okresu przedwojennego nie można było doliczyć się, 49 z nich napewno nie żyje. Los pozostałych z brakujących przeważnie dotąd nie jest jeszcze dokładnie znany.

Duże szkody poniosła medycyna polska podczas ostatniej wojny. Największe jednak spustoszenia dotyczyły psychiatrii. Liczne zbiory i archiwa zostały doszczętnie zniszczone. Wiele Zakładów dla leczenia umysłowo chorych zostało zniszczonych lub tak gruntownie poprzerabianych, że trzeba będzie dużego nakładu pracy i wielkich kosztów, żeby doprowadzić je do stanu pierwotnego przeznaczenia. Ponad 13 tysięcy umysłowo chorych i ozdrowieńców zostało wymordowanych. Słuszną więc było rzeczą, że pierwszy Zjazd Psychiatrów po wypędzeniu okupantów niemieckich był poświęcony okrucieństwom niemieckim w stosunku do umysłowo chorych w Polsce.

Po otwarciu Zjazdu, wyborze prezydjum i przemówieniach powitalnych zainicjował obrady senior psychiatrów polskich prof. Uniwersytetu Warszawskiego J. Mazurkiewicz wykładem o dwoistości funkcji układu nerwowego. W wykładzie tym przedstawił prof. Mazurkiewicz część wyniku obszernych i owocnych swoich prac nad fizjologią układu nerwowego. Nie można pojmować układu nerwowego tylko jako zespołu samych odruchów. W czynności układu nerwowego często nie widzimy bezpośredniej reakcji mimo działania podniety. Podniety te kumulują się i na przebieg ten wywierają swój wpływ neurony wyższego rzędu, kora mózgowa. Proces ten świadczy o encefalizacji. Ważną też rolę odgrywa układ roślinny, który jest najprawdopodobniej siedliskiem życia uczuciowego.

W temacie głównym o zbrodniach niemieckich w stosunku do umysłowo chorych jako główni referenci zabrali głos dr M. Grzywo-Dąbrowska i prof. W. Grzywo-Dąbrowski, przedstawiając obszernie okrucieństwa hitleryzmu. Doc. St. Batawia omówił zbrodnie niemieckie, jako zagadnienie socjologiczne i kryminologiczne, podkreślając w tym rolę wpływu psychiki zbiorowej narodu niemieckiego. Następnie przedstawiono los poszczególnych zakładów psychiatrycznych i przebywających w nich chorych podczas wojny. W jednych zakładach hitlerowcy, po usunięciu polskiego personelu, wystrzelali względnie wywieźli do komor gazowych wszystkich chorych naraz (Chełm Lubelski, Kobierzyn), w innych zakładach natomiast wywożono chorych partiami, przeważnie do lasów lub zagajników, w znacznej odległości od zakładów i tam ich rozstrzeliwano. Na zapytania rodzin odpowiadano, że chory został przewieziony do innego zakładu psychiatrycznego, czasami podawano nawet nazwę faktycznie istniejącego zakładu. Chorzy w tych nowych zakładach szybko umierali i to przeważnie na zapalenie płuc lub chorobę serca. W podobny sposób postępowano też i z chorymi umysłowo niemcami. Ich „przewożono" prawie zawsze do zakładów położonych na terenach Polski (trudniejszy dojazd dla odwiedzających). Po szybkim zgonie chorego w tym nowym zakładzie powiadamiano o tym rodzinę, podając dokładnie miejsce, gdzie zwłoki zostały pogrzebane, a więc na cmentarzu zakładowym w ... z wymienieniem rzędu i nr mogiły, z wzmianką, że zakład może podjąć się opieki nad tą mogiłą za opłatą roczną np. 10 mk. Często rodziny, wierząc w prawdziwość takich pism, przez szereg lat płaciły za pielegnowanie nigdy nie istniejącej mogiły. Dyr. J. Gallus wykazał, na podstawie pozostawionych aktów w Dziekance, że „pielęgnowano" na jednym i tym samym miejscu pod tym samym nrem kilka mogił, pobierając za każdą z nich osobno zapłatę. Na miejscu tym nie grzebano nikogo. I razu pewnego wynikł nielada kłopot, gdy na takim miejscu zarezerwowanym dla dochodowego pielęgnowania grobów, faktycznie kogoś pogrzebano. Należy zaznaczyć, że akcją pielęgnowania grobów kierowali wyżej postawieni w hierarchii partyjnej, nie informując naturalnie zdyscyplinowanego szarego tłumu o swoich poczynaniach. Niektórzy nawet przypuszczają, że w znacznym stopniu, tej dochodowej akcji pielęgnowania grobów należy zawdzięczać częściowe przetrwanie niektórych zakładów psychiatrycznych przez cały czas wojny.

Nastawienie niemców do psychicznie chorych było dosyć specyficzne. Już na szereg lat przed wojną wprowadzili oni w życie surową ustawę o ochronie rasy. Medycyna niemiecka postawila tezę, że większość (o ile narazie nie wszystkie) chorób umysłowych dziedziczy się i to w sposób dominantny. Teza ta była poparta licznymi i obszernymi statystykami, sporządzonymi przez niefachowców i nie-lekarzy, opartymi głównie na tym, co podają osoby trzecie. Statystyka jakby dostosowana specjalnie do potrzeb tezy zasadniczej. (Wyjątek pod tym względem stanowił jedynie Instytut Genealogiczny w Monachium, prowadzony przez Rüdina, który za istotny materiał do pracy przyjmował tylko te dane, które mogli stwierdzić osobiście lekarze, asystenci instytutu). Wychodząc z tych przesłanek, uważano za jeden z najskuteczniejszych sposobów zwalczania chorób umysłowych, na szeroką skalę stosowaną sterylizację. Grunt więc do wyniszczenia umysłowo chorych był dosyć przygotownay. Ci jednak, którzy tę akcję przeprowadzali, względnie kierowali nią, o ile mówili na ten temat z lekarzami polskimi, tłumaczyli to w sposób znacznie prostszy i mniej skomplikowany. Ludzie pracujący mają już ograniczone racje żywnościowe. Jest rzeczą niecelową jeszcze dalsze uszczuplanie racji żywnościowych dla pracujących

a nawet i dla żołnierzy, żeby żywić umysłowo chorych, z których żadnej korzyści nie ma.

Drugim tematem zjazdu była sprawa organizacji opieki nad zdrowiem psychicznym ludności w Polsce. Liczni referenci przedstawili szczegółowo zagadnienia związane z organizacją szpitalnictwa psychiatrycznego, opieką pozazakładową nad psychicznie chorymi, rozbudową ośrodków zdrowia, poradni specjalnych oraz podali sposoby praktycznej realizacji tych zagadnień.

Na zjeździe wygłoszono szereg luźnych odczytów naukowych. Rozpoczął je wykład prof. Maurycego Bornstajna wypowiedziany z dużą swadą i w pięknym stylu pt. Schizofrenizacja w klinice psychiatrycznej i w psychice ludzi współczesnych. Na wstępie przedstawił on przegląd historyczny poglądów na istotę psychiki ludzkiej. Następnie podkreślił, że po perturbacjach, spowodowanych wojnami napoleońskimi, nastąpiło w świecie uspokojenie. Nastała stabilizacja stosunków między narodami oraz pewna stabilizacja światopoglądów. Nauki przyrodnicze doszły do większego głosu, w związku z tym powstał monistyczno-przyrodniczy pogląd na świat. Zapanowała w świecie harmonia. Można było też dopatrzyć się harmonii i w psychice ludzkiej. Już z końcem XIX wieku a zwłaszcza od początku XX wieku poczęły zarysowywać się zmiany. W filozofii wyrazem tego był Bergson a psychopatologii Freud. Wpływ czynników poza świadomych odbił się również i w literaturze oraz w nowych kierunkach sztuk pięknych (np. kubizm). Zaszły też zmiany i w psychice ludzludzkiej charakteryzujące się głównie autyzmem i wzajemną nieufnością. Stan ten w świecie nazywa schizoidią. Zdaniem autora ten stan schizoidii w psychopatologii zaznaczył się częstszym występowaniem schizofrenii oraz rzadszym psychozy manjakalno-depresyjnej w porównaniu do okresu poprzedniego. Bowiem treść psychozy zależy od przeżyć wewnętrznych. Duch epoki wpływa na kształtowanie się psychiki, a forma psychozy zależy od ducha czasu. Prof. Wilczkowski podkreślił duże znaczenie badań fizycznych i chemizmu ustroju w poszczególnych stanach psychicznych. Znamy już dziś szereg odruchów chemicznych ustroju. Np. gdy się myśli intensywnie o czymś słodkim, to można stwierdzić zwiększenie się ilości cukru we krwi. Dokładne badanie chemizmu ustroju w psychiatrii może wyświetlić wiele spraw dziś jeszcze nie zrozumiałych. Doc. Markuszewicz mówił o nowych kierunkach w psychopatologii, a dyr. Bielawski o spostrzeżeniach własnych dotyczących genotropizmu.

Trzeci dzień zjazdu był poświęcony lecznictwu psychiatrycznemu, na czoło którego wybija się dzisiaj leczenie elektro-wstrząsami. Warszawa i Kraków mają już bogate doświadczenie własne w tym zakresie. Doc. Dreszer poddał analizie przebieg wstrząsu po leczniczym zastosowaniu prądu elektrycznego i podkreślił, że w tym na wielką skalę przeprowadzanym eksperymencie naukowym ważną rolę odgrywa amnezja. Utrzymywanie się w dłuższy czas po wstrząsie amnezji wysepkowej (częściowej) świadczy niewątpliwie o uszkodzeniu mózgu.

W ramach zjazdu psychiatrycznego odbyło się Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, na którym dokonano uzupełniających wyborów władz T-wa, ustalono wysokość składki członkowskiej oraz uchwalono powołanie do życia Oddziałów prowincjonalnych. Termin następnego zjazdu ustalono na zielone święta 1946 r. a jako temat przyszłego zjazdu wysunięto psychozy reaktywne.

Strona techniczna zjazdu pozostawała bez najmniejszego zarzutu. Komitet organizacyjny musiał pokonać duże trudności, żeby zjazd urządzić. Przygotowanie dla wszystkich uczestników zjazdu kwater i wyżywienia nie jest dziś łatwe. Ale nie mniejsze znaczenie ma też miły nastrój, w jakim zjazd odbywał się. Komitet postarał się wszystko przygotować i wszystko przewidzieć (nawet przerwę w dostarczaniu prądu przez elektrownię w Pruszkowie), za co należy mu się specjalne podziękowanie od wszystkich uczestników zjazdu.

Należałoby tylko sobie życzyć, by następny zjazd nie był tak przeładowany odczytami, jak obecny. Cały szereg bardzo ciekawych zagadnień poruszonych na zjeździe nie mogło być należycie przedyskutowanych z powodu braku czasu, mimo, iż obrady odbywały się od godziny 9-tej rano do 8-mej wieczór z godzinną przerwą na obiad.

Dr Józef Horodeński

OCENY

Kraków, 13 XI 1945 r.

LIST DO REDAKCJI

Dwukrotnie pojawiły się w „Przeglądzie Lekarskim" oceny p. dr Jerzego Pogonowskiego o wydawnictwach z zakresu historii medycyny. Nie zamierzam tutaj roztrząsać zagadnień związanych istotnie z tematami poruszanymi w owych recenzjach. Może i one znajdą właściwe echo. Zastanawiają mnie natomiast zasady publicystyczne i właściwości stylistyczne, jakimi już konsekwentnie dr J. Pogonowski darzy „Przegląd lekarski". Nasuwają one pewne uwagi, a nawet zastrzeżenia i pragnę nimi podzielić się z czytelnikami naszego pisma.

Sądzę, że zarzut plagjatu postawiony prof. Zembrzuskiemu (3—4 z. P. L.) winien być poparty przekonywującymi dowodami, a nie ograniczać się do stwierdzenia: „bije poprostu w oczy". Tak bardzo poważny zarzut jest w ocenie dr Pogonowskiego tylko dowolnością stylistyczną, a nie jest niczym usazadniony wobec czytelnika. Wypowiedzi tego rodzaju, że prof. Zembrzuski, gdy „odstępuje od pierwowzoru" (historii medycyny napisanej przez prof. Szumowskiego) „i daje pogląd własny, niekiedy nie miewa słuszności". — są dalekie od ścisłości rzeczowej.

Recenzent sięga też do słówek Boya-Żeleńskiego o „wyrokowaniu damy starszej“, w związku z uwagą, że prof. Z. „lubi natychmiast sprawę rozstrzygnąć“. Obydwa te zestawienia niewiele chyba mają wspólnego z argumentami, wymaganymi w dyskusji naukowej. O poziomie recenzji świadczy również zdanie: „układ dra Zembrzuskiego robi wrażenie opowiadania podręcznika prof. Szumowskiego „swoimi słowami“. Recenzent wysila się też na takie ogólne wskazówki, że „teoria winna uwzględnić psychikę“, lecz przyznam się, że nie mogę pojąć tej górnolotnej myśli. Łatwo natomiast osądzić, gdzie można znaleźć właściwy przykład dla mętności pojęć i stylu — kiedy czytamy w ocenie, że dr Zembrzuski „daje ogólnym określeniem mętnym zakończenie części głównej, żeby je łagodnie określić, kompilacyjnej“. Swoiście używają natomiast recenzje takich okrzyków, tworzących osobne zdanie jak: „szkoda“ .Spotykamy też wyjątkową, swobodę i lotność literacką ujętą w słowach: „— no powiedzmy“, zastosowanych w rozprawach naukowych.

Z powodu mylnie przytaczanej daty historycznej w podręczniku prof. Zembrzuskiego, zasłużonego pisarza dziejów chirurgii polskiej, pozwala sobie p. Pogonowski na oburzenie i pouczenia. Muszę przeto wspomnieć, że pomyłki w druku są czasem zależne też od korektora, o czym może nie miał sposobności przekonać się recenzent, przygotowując własne, nieznane mi dotąd dzieła.

Pogodniejsze nastroje czerpiemy z oceny zatytułowanej intersująco „człowiek nauki taki, jakim był“, która dotyczy pamiętników mało znanego prof. Uniw. Jag. Hechla, wydanych w r. 1939 przez prof. Szumowskiego. Ta biesiada duchowa dotarła do nas współczesnych dlatego, że — wedle słów recenzenta, dziwnie po polsku brzmiących, — Hechel“ prosił poczekać drugich lat 50“ z wydaniem swych pamiętników.

W krótkiej recenzji podaje dr Pogonowski takie ważne dla nas zdarzenia z życia Hechla jak: „był on też długo członkiem dyrekcji teatru“, oraz szczegółowe daty, kiedy był radcą konsystorza ewangelickiego. Nie zapomniał też recenzent podkreślić, że Hechel pochodził „ze sfer niskich“. Również i zwrot, iż H. „odbył samodzielną i oryginalną podróż do Laponii, a także i Włoch“, poucza nas niewiele o charakterze pamiętnikarza i owych podróży, ale więcej o sposobie pisania recenzenta. Żałosne westchnienie, że „skończyła się ta interesująca lektura“, kończy ocenę. Została ona napisana, jak to wyraźnie, a nie wiadomo dlaczego zaznaczono, „w sierpniu 1945“ i przeznaczona dla „kół fachowych, lekarskich“, aby je zachęcić do czytania pamiętników.

St. Nowicki (Kraków)

KRAKOWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE

Protokół
z posiedzenia naukowego z dnia 22 sierpnia 1945 r.

Prezes zawiadamia zebranych o bolesnej stracie, jaką poniosła medycyna polska wskutek śmierci prof. Stanisława Ciechanowskiego. Podnosi jego zasługi dla nauki polskiej i podkreśla jego rolę wychowawcy kilku pokoleń lekarzy. Zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie i minutowe milczenie.

Dr Hozer, informuje zebranych o rozpoczęciu wydawania „Przeglądu Lekarskiego“.

W dalszym ciągu dyskusji z poprzedniego posiedzenia nad odczytem doc. dra Brzezickiego (z dnia 8 sierpnia 1945) zabiera głos doc. Mikułowski, który dopatruje się w odczycie szeregu dowodów stwierdzających ciasność ram schematu Kretschmerowskiego w zastosowaniu do zagadnienia podziału typów psychicznych. Referent przyczynił się do stworzenia nowego typu i tym samym nadwerężył ale i rozszerzył i pogłębił horyzonty nauki kretschmerowskiej. Metoda jego oparta na fundamentach koncepcji Kretschmera nie mogła chcąc się utrzymać w równowadze uniknąć potrzeby oscylacji między biegunem obiektywnym i subiektywnym, między obserwacją i interpretacją, między pojęciem cech trwałych i zmiennych, a więc uleczalnych, cech ogólno ludzkich i cech wyłącznie narodowych. Doświadczenie lekarskie uczy, że jakkolwiek medycyna zdąża do szukania metod jaknajbardziej przedmiotowych to jednak ostatecznie w perspektywie czasu to, co przed kilkudziesięciu latami imponowało jako metoda ściśle obiektywna nabiera później retrospektywnie cech nauki subiektywnej (np. nauka perkusji i auskultacji, nauka Rentgena itp.). Medycyna mimo, że szuka dróg obiektywnych zdana jest na potrzebę oscylacji między biegunem obiektywnym a subiektywnym. Doświadczenie uczy, że klinicysta przy największej tendencji do obiektywizmu nie może pogardzić zasadą Molierowską: *„je prends mon bien ou je le trouve“*, przez co w rezultacie korzysta z szeregu nauk pomocniczych, stojących w bardzo luźnym związku z kliniką (jak chemia, serologia, psychologia) nic dziwnego, że korzysta często z samego zmysłu obserwacyjnego lub z samej refleksji, a więc z czynników więcej intuicyjnych, niż obiektywnie naukowych. *Ars medica tota in observatione.* Zmysł obserwacyjny poparty zmysłem przyrodzonym, stanowią niejednokrotnie w klinice punkt wyjścia do nowej myśli klinicznej, która z chwilą zdobycia właściwej interpretacji staje się odkryciem naukowym, a więc nabytkiem wiedzy (np. historia choroby Möller Barlowa i jej stosunek do krzywicy). Nic dziwnego, że psychiatria zawiódłszy się na badaniach obiektywnych anatomopatologicznych Alzheimera, czy innych próbach serologicznych metodą Abderhaldena korzysta nieraz chętnie z koncepcji Kretschmera, mimo, że on sam przyznał był brak pedantycznej ścisłosci antropologicznej swojej metody, gdy ją Scheidt pod tym względem zakwestionował. Nauka Kretschmera nosi zgodnie z opinią Woringera stygmata artyzmu (*eine neue Denksinn-lichkeit mit dem Elan des Künstlers*). Kierunek badań psychiatrycznych opartych na podstawach bioreflexologii Bechtierewa wykazuje tendecję zepchnięcia roli mózgu, a więc i jego patologii z hierarchii dominującej do roli wtórnej, zależnej więcej, niż to dotąd przyjmowano od czynników ogólnej przemiany materii w myśl zasady Schopenhauera: *das Gehirn denkt wie der Magen verdaut.* Przypomina to teorię Mendelsohna o drugorzędnej roli serca zależnej od krążenia cieczy ustrojowych, więc od przemiany materii. Referent w poszukiwaniu prawdy psychiatrycznej posługiwał się częściowo metodą zakreśloną przez Kretschmera, częściowo oparł się na własnej obserwacji i własnych refleksjach. W rezultacie nakreślił trafnie sylwetkę naszego charakteru. Wartość obserwacji referenta stanowi fakt, że czynił je w zwierciedle innych krajów, co umożliwiało mu uzyskanie niezbędnej perspektywy zgodnie z zasadą Lamartine'a: „trzeba odsunąć się od narodu, aby myśleć, trzeba złączyć się z nim, aby działać“. Za wyraz tego „złączenia się“ i za wyraz zmysłu społecznego należy uważać postulat, któremu referent dał obywatelski wyraz, mówiąc o potrzebie oparcia terapii psychicznej społeczeństwa na podstawie wychowania.

Ponieważ wychowanie jest ugruntowane zawsze na nauce pewnych odruchów postępowania, a więc na wytwarzaniu automatyzmów — musi tym samym a priori wychodzić z założenia zmienności, a więc pewnej plastyczności charakterów. Obserwacje nad przemianą charakteru osiągniętą w szkole wychowania totalistycznego u naszego sąsiada zachodniego potwierdzają mimowoli koncepcje wypowiedzianą przez Edwarda Kempfa a przyjętą również przez Bechtierewa, że metodyczne ćwiczenie zdolne jest z osobnika normalnego

zrobić w przestrzeni czasu osobnika patologicznego przez celowe wykorzenianie i zacieranie w nim pewnych niewygodnych dla danej ideologii wychowawczej odruchów mimiczno-somatycznych (jak litość, wstyd, miłość itp.). W rezultacie przypomina to doświadczenie biologiczne Cushinga, któremu udało się przez injekcję przedniego płatu przysadki z małego buldoga fabrykować buldoga olbrzyma, lub też nowsze doświadczenia Williamsa, który przez stopniowe injekcje witaminy B-1 do 160 g z małego szczura wytwarzał szczura olbrzyma (*giant rate*). Wychowanie winno być eklektyczne, to jest oparte na moralności, ale równocześnie i na przezorności, to jest na ćwiczeniu się w cnocie, ale i na czuwaniu i nieufności w stosunku do czyhającego na cnotę występku i w stosunku do roli przypadającej ślepemu przypadkowi w życiu jednostki i w historii narodu.

Referent nie obserwował, aby na materiale jego kobiety histeryczki odgrywały wybitniejszą rolę w życiu społecznym. Mikułowski nie kwestionuje prawdziwości tego faktu, nie mniej pozwala sobie przypomnąć sylwetkę Kleopatry, która zdaje się być klasycznym typem histeryczki. Być może, że kariera jej stanowiła wyjątek od prawa psychiatrycznego. Pascal zapewniał, że gdyby nos Kleopatry był trochę krótszy — cały świat byłby inaczej wyglądał. Słowa te mogą w pewnym stopniu świadczyć, że Pascal byłby się antropologicznej teorii Kretschmera niezbyt sprzeciwiał, ale świadczyć może również, że przypisywał dużą rolę osobowości Kleopatry i przypadkowi. Mikułowski przytacza niektóre cechy histeryczne Kleopatry utrwalone przez Szekspira.

Po przemówieniu doc. Mikułowskiego zabiera jeszcze głos dr Małkiewicz, poczym odpowiada doc. Brzezicki:

Wszystkim tym, którzy obiektywnie zastanawiali się nad nowo wydzielonym typem i wzięli udział w dyskusji tak oficjalnie w Tow. Lekarskim, jak i nieoficjalnie ze mną wprost, dziękuję najuprzejmiej za ich uwagi, które postaram się wykorzystać.

Nim przejdę do odpowiedzi dyskusyjnej chciałbym jeszcze raz dla przypomnienia podać główne cechy typów konstytucjonalnych psychofizycznych. Otóż osobnicy należący do typu cyklotymicznego to ludzie weseli lub smutni, ale zawsze syntoniczni, współdrgający z innymi, nienerwowi. To realiści, empirycy, demokraci z silnie zaznaczonym instynktem społecznym.

Typy schizotymiczne — to ludzie nerwowi, wrażliwi lub przewrażliwieni w jednych sprawach, a tępi lub obojętni w innych. To autyści często egoistycznie nastawieni, arystokraci zamknięci w swoim świecie. Między nimi można często spotkać idealistów, pryncypialistów interesujących się abstrakcjami i formą a nie treścią, przeprowadzających swój światopogląd bezwzględnie, często siłą. Czasami myślą oni kategoriami magicznymi.

Typy wiskozne, epileptoidne, to typy nienerwowe, psychicznie lepkie, pedantyczno-ceregielne, eksplodujące często wielkim gniewem lub nienawiścią. Myślą wolno, analitycznie, są konserwatystami i ludźmi zawziętymi, są poza tym przeciętnie najmniej zdolni wśród naszych typów. Osobiście już dawno odczuwałem brak jeszcze typu, który obecnie wydzielam, a który cechuje się słomianym ogniem uczuć, zależnym często od momentów sugestywnych i widzów, drugą cechą osiową jest gra z gestem lub fantazją. Trzecią cechą jest to, że ci ludzie często powierzchowni, zmienni i pyszni w okresach powodzenia, stają się cierpliwymi, zwartymi i społecznymi w okresach życia dla nich trudnych. Poza tym są to często neurotycy, indywidualiści, fantaści, cechujący się brakiem poczucia rzeczywistości, myślący syntetycznie lecz powierzchownie. Przy dużych zdolnościach są oni nieproduktywni, potrafią być tem co się nazywa: „panem całą gębą“ — i niewolnikami. Ten typ nazywam typem skirtetymicznym od greckiego słowa σκιρτάω — skaczę. Psychopatyczne zaostrzenie tego normalnego ludzkiego typu to genetycznie uwarunkowany charakter histeryczny — skirtetoid.

Cieszę się, że moje odczyty wywołały tak żywy odzew, reakcję i dyskusję. Jest to dowód, że tego typu tak nam bliskiego i znanego brakowało nam jednak, gdyż nie był jeszcze przez nikogo wydzielony, naukowo opracowany i ujęty w naukowe granice.

Że ten typ jest typem aż zanadto realnym, nie ulega dla mnie i jak zauważyłem dla większości interlokutorów i dyskutantów żadnej wątpliwości. Jest to oczywiście nie tylko typ realny ale i normalny. Jednak normalni ludzie — to najczęściej stopy różnych typów z sobą. W Polsce prawie najczęstszym typem ludzkim byłby stop typów schizotymno-skirtetymnych.

Jako typ normalny należało zatem mój typ przedstawić w pierwszym rzędzie przed forum psychologów, filozofów i socjologów a w drugiej mierze dopiero przed forum psychiatrów i lekarzy. Dlatego też przedstawiłem ten typ najpierw na zebraniu psychologicznym i ponieważ tam uzyskałem pełne uznanie — przedstawiłem go także w Towarzystwie Lek.

Niech mi będzie wolno odpowiedzieć na pytania. Przede wszystkim odpowiem specjalistom.

Panu prof. Szumanowi wdzięczny jestem prawdziwie za wypowiedzianą ocenę mojej pracy. Jest mi rzeczywiście niezwykle miło, że największy w obecnej chwili psycholog polski — tak bez zastrzeżeń uznał mój typ. Prof. Ingarden wysunął słuszne zastrzeżenie, że każdy normalny typ ma swoje ujemne ale i dodatnie cechy, a ja ujemne cechy zbyt silnie podkreśliłem. Widocznie, że z mojego odczytu wbrew mym intencjom można było wynieść takie wrażenie. Skirtetymiczny typ bowiem wykazuje obok gry z gestem i fantazją także wielkoduszność, o której nie miałem czasu mówić skracając się. Wielkoduszność jest pięknym i szlachetnym rysem charakterologicznym, którego tak łatwo nie doszukamy się ani u schizotymików ani u wiskozynych. Podobnie zwartość, cierpliwość i koncentracja społeczna w trudnych okresach życiowych jest rysem dodatnim, podobnie brawura, wypływająca coprawda z gry z gestem i ze słomianego ognia uczuć — daje temu typowi cały szereg rysów bohaterskich. Zresztą mnie osobiście wydaje się że pojedyńczy skirtetymik to bardzo miły typ człowieka. Coprawda społeczeństwa skirtetymiczne wykazują mało państwowotwórczych właściwości, ale wydaje mi się także, że przeciętny, normalny człowiek — to stop złożony z kilku typów, a typy oryginalne a więc czyste — to typy rzadsze wśród normy. Mnie się zdaje, że stopy schizotymno-skirtetymiczne i cyklotymno-skirtetymiczne mogą nam dać przewspaniałe typy ludzkie. Czyste typy, poza typem pikniczno-cyklotymicznym, — rzadko kiedy dają nam miłe typy. Zresztą nawet wada charakterologiczna wykonana z gestem jest napewno milsza niż wykonana bez gestu, a gest jest właśnie cechą skirtetymiczną. Muszę jeszcze dodać, że ogólne szerokie zdolności choć oczywiście nie należą do właściwych cech charakterologicznych tylko intellektualnych są często spotykane u skirtetymików i tworzą ich dużą siłę atrakcyjną.

Prof. Dobrowolski podkreślił częste występowanie tego typu na ziemiach polskich, tak że byłby skłonny nazwać ten typ — typem sarmackim. Osobiście jednak podkreślam, że ten typ spotyka się w całej Europie choć częściej u narodów romańskich, zwłaszcza u Włochów i wśród Słowian, zwłaszcza u Polaków, niż wśród narodów pochodzenia germańskiego, i dawanie nazwy regionalnej uważam za mniej właściwe.

Tyle właściwym specjalistom w odpowiedzi.

A teraz dodam, że wiele osób z którymi dyskutowałem nad moim typem jest zdania, że typ skirtetymiczny to typ specjalnej warstwy, że tak powiem szlacheckiej, warstwy ludzi bogatych — niespotykany wśród włościan. Jabym podszedł do tego zagadnienia od innej strony, zresztą właśnie na podstawie prac nad włościanami. Uważam, że typ skirtetymiczny dla rozwinięcia wszystkich swoich właściwości potrzebuje dobrobytu. W biedzie jest cierpliwym i upartym, w dobrobycie — bujnym, przy grze z gestem. Nasz chłop żyjący w biedzie jest często tym skirtetymikiem czekającym na lepsze czasy, w których cała gra z fantazją i gestem — ujawni się w całej swojej wspaniałości dopiero w dobrobycie. Na razie, czekając na lepsze czasy pilnie pracuje i cierpliwie znosi przeciwności.

Mnie się także wydaje, że nasz chłop jak sobie w karczmie podpije i zapomni o troskach — to taki sam szlachcic, to taki sam „pan całą gębą“ jak i ziemianin 500 morgowy, o ile oczywiście należy do typu skirtetymicznego, a nie będzie to cyklotymik lub schizotymik.

Panu dr Malkiewiczowi dziękuje za intersujące i pouczające uwagi. Uważam, że dużo jest słuszności w jego powiedzeniach. Państwo zrozumieją, że dotychczas ja dosyć zazdrośnie strzegłem tajemnicy mojego odkrycia — teraz już będę miał możność poprosić Kolegów z Kliniki by i oni zajęli się badaniem tego typu.

Doc. dr Mikułowski przedstawił trudności typologicznego wydzielania typów. Zgadzam się z tym w zupełności i bardzo dziękuję za jego uwagi.

Dr Bornstein wypowiedział szereg uwag, których nie mogę zostawić bez odpowiedzi. Zacznijmy od merytorycznej uwagi, że typ skirtetymiczny nie istnieje. A jednak specjaliści uznali, że ten typ to nie tylko istotny i realny typ, ale że wyłuskanie tego typu należy uważać za prawdziwy krok naprzód w charak-

terologii konstytucjonalnej typologicznej. Wszyscy, z którymi dyskutowałem są zdania, że tego typu wprost bardzo brakowało. Natomiast na zarzut, że typy konstytucjonalne są typami zależnymi głównie od milieu — nie będę odpowiadał. Genetyka jest bowiem nauką już tak ugruntowaną jak chyba żadna inna w biologii i tylko genetyka tworzy pomost między psychologią i psychopatologią a naukami przyrodniczymi. Kretschmeryzm ma swoją opinię światową i nie potrzebuję go bronić. Zresztą osobiście zgadzam się z prof. Szumanem, że konstytucjonalizm typologiczny — to tylko etap w pewnym genetycznym kierunku. I dlatego nie dziwmy się, że konstytucjonalizm typologiczny to nauka jeszcze nie zwarta, to heurystyczny kierunek, a korelacja między typem cielesnym i duchowym jest wyraźna tylko między piknikami i cyklotymią i wynosi jak wiadomo 95%. U nas w Polsce i ta korelacja nie wydaje się wyraźną. Depresje np. są bardzo często u nas sprzężone z typem leptosomnym a nawet dysplastycznym czego zupełnie nie spotyka się np. w Niemczech. I dlatego psychiczna komponenta kretschmerowska jest czymś realnym i niezwykle trafnym i żadne typy Dilthey'a, Spranger'a, czy Müllera Freienfels'a nie dorównują typom Kretschmera i nie są tąk bezpośrednie, tak żyjące i tak plastyczne. Pomimo że korelacja między physis a psyche jest istotną zasługą Kretschmera, mimo tego uwaga że cyrkiel i miara są tak szalenie ważnym i decydującym czynnikiem przy badaniu typologicznym — nie jest słuszna w 100%. Kretschmer nie przywiązuje też do tego większej wagi, jak mi to sam osobiście powiedział w roku 1932. Kładzie on natomiast wielką wagę na doświadczenie i intuicję. Dlatego też wielu autorów bada ostatnio cielesność z grubsza a psychikę bardzo dokładnie np. psychobiogramem. Jeśli zwrócimy się do grup krwi i ich stosunku do konstytucji to ostatnie badania niewykazały większego związku między grupami krwi a konstytucją. Natomiast istnieje niezaprzeczalny związek z grupami antropologicznymi. Np. Mongołowie mają 21% grupy B, Europejczycy 12%. Jest rzeczą ciekawą, że Indianie i Eskimosi wykazują olbrzymią przewagę grupy O gdyż 78% — co zresztą przemawia przeciw teorii pokrewieństwa tych ludów z Mongołami. Dodam jeszcze jako ciekawe spostrzeżenie: u goryla i szympansa grupy O i A są tak często spotykane jak u nordyków, natomiast grupy B i AB tak u nordyków jak i u małpoludów są rzadkie. Tak samo badanie gutafotem, mające mieć patognomoniczne znaczenie dla histerii a więc dla skirtetoidu, nie sprawdziło się.

Dr Bornştein zauważył poza tym, że nie użyłem słowa fenotyp. Muszę podkreślić, że ja nic innego nie badałem jak tylko fenotypy, gdyż genotypów ani paratypów osobno przy konstytucjach nikt nie bada.

Typ konstytucjonalny, „typologiczny", który przedstawiłem jest oczywiście idealnym fenotypem, mozaikowym fenotypem, co zresztą każdy rozumie. Bardzo ciekawe ale nierealne wydały mi się wywody tyczące się „genius loci" i jego znaczenia oraz wpływu na ukształtowanie się fenotypu. Nie ulega wątpliwości, że fenotyp, a więc badana osoba i osobowość — zależy tak od genotypu jak i od milieu, świata otaczającego. Dlatego też rola paratypu jest w genetyce odpowiednio honorowana. Ale pan dr Bornstein nie zgadza się z moim powiedzeniem, że Włoch przeniesiony do Norwegii będzie robił między milczącymi i spokojnymi Norwegami wrażenie podnieconego człowieka. Dyskutant jest zdania, że każdy człowiek po pewnym czasie zasymiluje się do otoczenia. Gdyby tak jednak rzeczywiście było to np. Ormianie po kilkusetletnim pobycie wśród nas — niczym nie powinni się różnić od gospodarzy. A wiemy że tak nie jest, podobnie i Cyganie mieszkający w Europie, po kilkusetletniej asymilacji nie zmienili się wiele. Gdyż „genius loci" ma swoje bezsprzecznie ważne znaczenie, ale genotyp ma znaczenie wyraźniejsze.

W końcu p. dr Bornstein wyraził zdziwienie, że mój odczyt nie był ilustrowany tablicami i pomiarami, nie chcąc pamiętać, że mój odczyt był podany w formie gawędy. Pytam się Państwa czy podawanie dokładne pomiarów i tablic statystycznych byłoby odpowiednie w gawędzie?

Mnie się zdaje, że nie.

Tyle chciałem odpowiedzieć p. dr Bornsteinowi.

Jednak korzystając z dzisiejszej sposobności, podam Państwu plan moich prac o histerii i skirtetymii oraz kilka cyfr statystycznych.

Jak Państwo wiedzą badania moje rozpocząłem od badania histerii. Wyniki tych badań podałem w osobnym odczycie 2 mies. temu, omawiając wtedy dane statystyczne. Jak wiadomo badania moje rozpocząłem od badania 80 probandów. Aby móc wyciągnąć pewne ważne dla mojej pracy genetyczne wnioski — przebadałem rodziny tych probandów z ich liniami bocznymi. Przebadałem nie tylko rodziców i ich dzieci, ale także braci i siostry ich dzieci, braci i siostry cioteczne, stryjeczne i ich dzieci, czasami babki i dziadków tak, że doszedłem do cyfry 2173 osób.

Nie wszystkich badałem oczywiście według metod antropometrycznych, tylko tych, którzy wykazywali objawy histerii a więc objawy skirtetoidu, oraz tych zdrowych, normalnych osobników, którzy wykazywali skirtetymię. Badałem zatem i notowałem: płeć, charakter, konstytucję cielesną, typ ruchowy i rodzaj mimiki, cechy antropologiczne, rodzaj typu wedle mojego wzoru H_1H_2, rodzaj reakcji wegetatywnej i w końcu intellekt. Tych wszystkich, w tak dużej liczbie i tak dokładnie przebadanych wykorzystałem nie tylko do mojej pracy nad histerią i skirtetymią, ale także do innych już wykończonych prac. Obecnie przygotowuję dalszą, inną pracę, opartą również na tych badaniach.

Charakter badałem głównie metodą amerykańską Bernreutera, dołączając do 125 pytań 25 pytań specjalnie w kierunku skirtetymii. Te badania włączałem w psychobiogram Kretschmera, który uważam za wprost doskonały. Wedle tego psychobiogramu badałem konstytucję cielesną, mierząc cyrklem i metrem, cechy antropologiczne badałem nie wedle Czekanowskiego tylko Weinerta. Reakcje wegetatywne badałem adrenaliną i pilokarpiną.

Intellekt najpierw metodą Pintera „Intelligence Testing" a później poznawszy metodę Termana, jego metodą „The measure of intelligence". Przebadałem zatem dokładnie wedle podanego planu 131 osób z inteligencji (74 k. + 57 m.), 176 osób z ludu (91 k. + 85 m.), ponieważ wykazywali cechy skirtetoidalne. W końcu przebadałem 543 osoby (280 k. + 263 m.) normalnych skirtetymików pochodzących z całej grupy.

Z 2173 osób przebadałem zatem specjalnie dokładnie 131 + 176 + 543 = 850 osób. Przekonałem się jednak rychło w czasie badań, że przy wielkiej wprawie którą nabyłem, moje ocenianie typu fizycznego bez miary i cyrkla, dawało — z grubsza rzecz biorąc — te same wyniki. Ponieważ dla oceny typów skirtetymicznych ważne jest głównie badanie psychiczne, a badanie cielesności ma tylko poboczne znaczenie, przeto resztę osób oceniłem co do typu fizycznego wedle metody Gruhlego, którą sam Kretschmer uważa za dostatecznie dokładną, oczywiście przy pewnej wprawie. Wiemy już bowiem, że typy pikniczne w 95% zgadzają się na Zachodzie z cyklotymią. U nas jednak tak nie jest. Inne typy fizyczne a więc leptosomi, dysplastycy i atletycy nie mają wyraźnych odpowiedników w psychicznych typach konstytucjonalnych. łącząc się z nimi w proporcjach niewyraźnych. Zwłaszcza dzieje się to u nas. Jedynie schizotymia łączy się na Zachodzie w 80% z typem leptosomnym. A jednak epileptoid i histeria łączy się także z typem leptosomnym. Histeria jak wykazały moje badania łączy się z leptosomią w 35%, z dysplazją w 41%. Jeśli idzie o typy antropologiczne, to w największym procencie łączy się histeria z antropologicznie atypowymi osobnikami, gdyż w 33,6%, z typami przeważnie alpejskimi w 31% a z bałtyckimi w 28%.

Widzimy z tego, że w histerii, skirtetymii i w epileptoidzie typy cielesne mają dość ograniczone znaczenie, gdyż np. skirtetymik łączy się leptosomem i z dysplastykiem w 40%.

U nas w Polsce typ pikniczny i atletyczny czysty jest rzadki w ogóle. Ponieważ jeszcze z Marcinem Zielińskim w 1922—1923 r., pomagając mu w pracy jego nad typami epileptoidnymi, zgodziliśmy się na rozszerzenie pojęcia dysplazji i włączenie do niej wszystkich nieharmonijnych cieleśnie typów, — przeto w mojej pracy o skirtetymii włączyłem typy niejasne do dysplazji, względnie do dysharmonii cielesnej które to określenie uważam za właściwsze.

W mojej pracy nad histerią natomiast używałem jeszcze ortodoksyjnej metody Kretschmera, uważając typy niejasne za osobną grupę.

Z powyższego wynika, że wszystkie osoby (te ponad 850 osób), badałem jeśli idzie o cielesność metodą Gruhlego, mierząc dokładnie tylko przypadki, które mi sprawiały specjalną trudność przy włączaniu do grupy cielesno-konstytucjonalnej. Takich osób doliczyłem się 60. Łącznie zatem przebadałem cyrklem i miarą 910 osób, co uważam za dostatecznie duży materiał dla wyciągania pewnych i ugruntowanych wniosków. Dalsze 2000 osób badałem wedle Gruhlego metodą inspekcyjną i badam tak dalej.

Jeśli mogłem wykonać to żmudne badanie na tak wielkim materiale — to zawdzięczam to tylko wojennym stosunkom i dużej ilości wolnego czasu w tym okresie.

Należy jednak stale pamiętać, że te osoby badane cieleśnie — to nie chorzy, tylko normalni, zdrowi ludzie, wykazujący w swojej budowie cielesnej typ najczęściej w Polsce spotykany — typ nieharmonijny, typ dysplastyczno-leptosomny.

Badania psychologiczne jako istotne, były przeprowadzone z całą dokładnością wedle schematu Bernreutera z uwzględnieniem moich poprawek.

Mimo iż moje odczyty nie należą ściśle do medycyny, a raczej nadają się przed forum psychologów, filozofów i socjologów, przypuszczam, że zainteresowały Państwa. Chociaż bowiem lekarz interesuje się głównie chorobą — to jednak wielką jego troską jest i powinno być zdrowe społeczeństwo i jego poznanie. Bardzo jestem wdzięczny i cieszyłem się żywą dyskusją, — dali tem Państwo dowód, że typ skirtetymiczny istnieje i żyje i że moje badania są na dobrej drodze.

Dalsze badania będą przeprowadzone już przez naszą Klinikę, a może i innych badaczy interesujących się charakterologią i pewnie potwierdzą moje dotychczasowe przypuszczenia, badania i wnioski.

W dalszym ciągu posiedzenia doc. dr Kowalczykowa opisuje przypadek papuzicy (ukaże się osobno w druku w „Przeglądzie Lekarskim").

W dyskusji nad tym przypadkiem papuzicy zauważa dr Przybyłkiewicz, iż w roku 1929, w związku z epidemią papuzicy w Brazylii i Argentynie wybuchła również epidemia w Europie, zawleczona z transportami papug. W Niemczech zanotowano wówczas 215 przypadków. Śmiertelność 21%. Nasilanie się zapadalności spowodowało w Niemczech wydanie w roku 1934 osobnej ustawy o zwalczaniu papuzicy, która została następnie rozszerzona w r. 1938. Jak zgodnie zaznaczają sfery naukowe niemieckie papuzica przeniosła się już jednak w tym czasie na ptaki wolno żyjące, co niezwykle pogorszyło sytuację. Przypadki występujące w Polsce mogą być wyrazem przesuwania się zarazy z zachodu na wschód i z tego powodu wymagają bacznej uwagi medycyny polskiej.

Dr Terajewicz z Okręgowego Szpitala Wojskowego w Krakowie wygłasza referat pt. „Rzadki przypadek guza jądra".

Referent opisuje przypadek kosmówczaka prawego jądra brzusznego, który operował z powodu wewnętrznego krwotoku spowodowanego przez pęknięcie tego jądra. Rana operacyjna zagoiła się, pacjent prawie po 2 latach po operacji był pozornie zdrów. Badania moczu na próbę ciążową nie wykonano. Nowotwór bardzo złośliwy i bardzo rzadki. W literaturze opisano ok. 150 przypadków; powstaje zawsze jako składowa część potworniaka. Pierwotne ognisko prawie zawsze sadowi się w jądrze. Pierwotny guz może być bardzo mały nawet wobec istnienia dużych guzów przerzutowych. Przerzuty powstają wcześnie przede wszystkim rozsiane w płucach, potem w gruczołach chłonnych regionalnych, a na ostatku wtórne w innych narządach. Leczenie operacyjne, oraz promieniami jest bezskuteczne. Rokowanie — beznadziejne. W przebiegu kosmówczaka jądra zachodzą różne zmiany spowodowane przez głębokie zaburzenia równowagi hormonalnej, jak *gynekomastia secernans*, zmiany przysadki jak u ciężarnych, bardzo rzadko wnętrostwo, spostrzegane wszystkiego kilka razy wśród tych i tak bardzo rzadkich przypadków.

(Niedawno referent dowiedział się, iż pacjent zmarł 13 VI 1945 r., tj. 3 i pół lat po operacji).

Protokół
z posiedzenia naukowego z dnia 29 sierpnia 1945 r.

Na początku posiedzenia prezes odczytuje depeszę kondolencyjną Związku Lekarzy R. P. Obwód Rzeszów z powodu śmierci prof. Stanisława Ciechanowskiego.

Doc. dr Kowalczykowa omawia na podstawie spostrzeganych przypadków zagadnienie nowotworów nadnercza:

Przedstawiane przypadki należą do materiału, który został wskutek wojny częściowo zniszczony i wskutek tego nie będzie mógł być należycie opracowany naukowo.

Pierwszy z przypadków był w marcu 1939 roku leczony na oddziele I A i nawet przedstawiany ze strony klinicznej w Towarzystwie Lekarskim. Klinicznie chodziło o 38-letniego mężczyznę, który był leczony z powodu napadowego wzmożenia ciśnienia z wtórnymi zmianami martwiczymi w kończynie dolnej, z równoczesną cukrzycą objawową. Przypadek ten posiada ogromną wartość ze względu na to, że klinicznie postawiono rozpoznanie nowotworu nadnercza, cechującego się napadowym podnoszeniem ciśnienia krwi. Sekcyjnie potwierdzono rzeczywiście rozpoznanie kliniczne i stwierdzono w obrębie nadnercza guz wielkości kasztana, brunatnawy na przekroju, który zbudowany jest histologicznie z komórek dużych, o wyraźnym rąbku protoplazmatycznym, różnokształtnych, czasami dziwacznych kształtów. W niektórych komórkach widoczne były po ustaleniu w odczynnikach zawierających sole chromowe ziarnistości typowe dla komórek chromochłonnych. Na tej zasadzie rozpoznano wtedy nowotwór części rdzennej nadnercza tzw. Phaeochromocytoblastoma.

Drugi analogiczny przypadek miałam sposobność badać w czasie wojny i niestety ten materiał w czasie mojego aresztowania zaginął w Zakładzie i teraz tylko mogę przedstawić dane bez materiału dowodowego. Przypadek dotyczył również mężczyzny, urzędnika pocztowego w Żegiestowie, u którego stwierdzano jak wynikało z historii choroby atakowe nagłe wzmożenia ciśnienia tętniczego. Guz nadnercza uzyskany sekcyjnie przesłano do badania histologicznego wraz z krótkimi danymi klinicznymi. Mikroskopowo stwierdziłam w guzie identyczne utkanie: nowotwór z komórek różnokształtnych, o dziwacznym nieraz obrazie, komórki różnej wielkości, z wyraźnym powinowactwem do naczyń zawierające czasami barwik brunatnawy. Płyn w którym był przesłany do badania guz, był brunatnawo zabarwiony.

Obydwa nowotwory są typowymi nowotworami części rdzennej nadnercza, mianowicie tej części, która ma powinowactwo do soli chromowych.

Ponieważ w dziedzinie systematyki nowotworów nerek i nadnercza w ostatnich latach zmieniły się nieco poglądy anatomopatologów, a jednak uporczywie utrzymują się nieaktualne dziś zapatrywania chciałabym wyjaśnić, jak obecnie ta sprawa się przedstawia.

Nowotwory nadnercza można podzielić na dwie grupy: wychodzących z części korowej i z części rdzennej. W korze powstają niezbyt rzadko nowotwory budową swą naśladujące budowę kory, oczywista bez tego regularnego podziału na warstwy. Guzy te kuliste, blado żółtawe od lipoidów, podobnie jak kora nadnerczy czasami okazują wybitne działanie wewnątrzwydzielnicze, mianowicie powodują przedwczesny rozwój narządów rodnych u płci męskiej a jeśli występują u kobiet to ich „umężczyznienie", np. u dziewczynek kilkoletnich zarost policzków i brody typowo męski, zmianę głosu na męski, rozwój klitoris itd. przy znacznym zaniku jajników.

W obrębie części rdzennej występują trzy gatunki nowotworów związanych z genetycznym pochodzeniem części rdzennej z systemu nerwowego: tzw. *neuroblastoma*, dawniej błędnie rozpoznawany jako *sarcoma globocellulare* tkanki zaotrzewnej. Nowotwór ten jest charakterystyczny przez obecność włókienek nerwowych, które trzeba specjalnie histologicznie uwidaczniać, przez specjalne barwienia i tworzenie tzw. rozetek przez grupowanie się komórek. Nowotwór ten jest wybitnie złośliwy i występuje prawie wyłącznie u dzieci. Drugim nowotworem części rdzennej jest dojrzały nowotwór tkanki nerwowej *ganglioneuroma* cechujący się obecnością włókienek nerwowych i komórek zwojowych. *Ganglioneuroma* jest nowotworem łagodnym. Trzeci nowotwór nadnercza to *phaeochromocytoblastoma* inaczej *chromaffinoma* względnie *paraganglioma*. Ten typ nowotworu stanowią dwa dzisiaj przedstawione przypadki.

Natomiast wbrew utartym poglądom nie jest nowotworem nadnercza tzw. nadnerczak, *hypernephroma*, guz opisany przez Grawitza. Guz ten o pstrym wejrzeniu, żółtawy od obecności lipoidów i czerwony od obfitych wylewów krwawych nie posiada żadnej wewnątrzwydzielniczej czynności, utkanie jego, w pewnych miejscach typowe utkanie gruczolako-raka nerkowego nie ulega wątpliwości i tylko fakt, że trudno wyzwolić się z utartych ciążących na naszym rozumowaniu poglądów tłomaczy to, że tak długo uważaliśmy go za nowotwór nadnercza.

Dr Tadeusz Nowak wygłosił odczyt pt. „Alergia pokarmowa u niemowląt".

Na przykładzie prelegent wykazał, że zaburzenia z odżywiania u niemowląt i to tak karmionych sztucznie, jak i pokarmem naturalnym bardzo często toczą się na tle alergicznym. W przypadkach tych najczęstszym wywoływaczem jest czynnik, zawarty w mleku krowim, lub w środkach sporządzonych z mleka krowiego (plasmon, larosan, mleko białkowe, maślanka i inne). Leczenie tych zaburzeń polega na bezpośrednim wyłączeniu mleka krowiego z pokarmu niemowlęcia, lub też, jeżeli ono jest karmione pokarmem matki, na wyłączeniu z pożywienia matki, mleka, mięsa, sera i masła krowiego. W niektórych przypadkach musi się zastosować mleko roślinne. Prelegent podkreśla znaczenie dokładnego

i umiejętnego zebrania wywiadów, gdyż to wybitnie ułatwia ustalenie rozpoznania. Zwraca on również uwagę, że uczulica pokarmowa może wywoływać gorączkę.

W dyskusji nad odczytem dra Nowaka zabiera głos dr Ossowski, który zapytuje o powód różnego zachowania się białka mleka koziego w ustroju, który nie znosi białka mleka krowiego.

Doc. Mikułowski widzi dużą zasługę dydaktyczną dra Nowaka, że domaga się słusznie od lekarza szczegółowego zbierania wywiadów w kierunku ewentualnego schorzenia allergicznego rodziców i w kierunku rodzaju odżywienia karmicielki niemowlęcia. Rodzaj diety matki ma znaczenie dla dziecka pod względem allergicznym, ale i pod względem ogólnej wartościowości pokarmu. Awitaminoza matki odbija się np. ujemnie na odżywieniu dziecka. Jak podczas ubiegłej wojny tak i w czasie tej wojny i w okresie powojennym obrazem pauperyzacji społeczeństwa jest częstsze pojawianie się w gospodarstwie małorolnym kozy w miejsce krowy. Lekarze zmuszeni są ustosunkować się do tego faktu i korzystać także z mleka koziego jako pokarmu dla niemowląt, ale podobnie jak w stosunku do pokarmu kobiecego winni w wypadku odżywiania mlekiem koziem zadawać sobie także pytanie, czem się sama koza żywi. A wiadomo, że na ogół koza żywi się często pokarmem mało wartościowym, co w rezultacie spowodowało bardzo liczne obserwacje w klinice zwłaszcza krajów niemieckich na temat tzw. anemii koziego mleka. Niedokrwistość ta nosi cechy anemii hyperchromowej, nie ustępującej po żelazie a uleczalnej po podaniu preparatów wątrobowych, przez co stanowi bliskie powinowactwo hematologiczne z anemią złośliwą osób dorosłych.

Grjörgy z Heidelbergu obserwował przypadki anemii koziej u osesków, przebiegającej z achylią żołądkową nieczułą na histaminę. Stwierdził także obniżenie odporności na zakażenie u tych osesków, co objawiało się częstością występowania u nich konfliktów po szczepieniu ospy. Amerykański autor Hart, ten sam który wprowadził do lecznictwa miedź jako środek przeciwanemiczny, uznaje nie tylko anemizujące działanie mleka koziego, ale obserwował także u dzieci karmionych tym mlekiem zahamowanie wzrostu. Z obserwacji tych wynika, że chcąc się zabezpieczyć w zupełności przed ujemnymi skutkami dłuższego żywienia niemowląt mlekiem koziem — należałoby w celach prewencyjnych podawać równocześnie kampolon.

W sprawie odczytu dra Nowaka zabiera jeszcze głos dr Chudoba, po czym dr Przybyłkiewicz podkreśla, że gotowanie nie odbiera mleku swoistości gatunkowej. Badania Fujiwary wykazują, że możemy uzyskiwać wysokowartościowe i wysokoswoiste precypityny, stosując jako wywoływacz surowicę nie rodzimą, ale ściętą przez gotowanie i następnie roztartą z roztworem fizjologicznym. Badania te potwierdzili między innymi Olbrycht i Śnieszko w Krakowie. Jeśli mimo to mleko gotowane działa w uczulicach pokarmowych inaczej jak rodzime, to prawdopodobnie wpływają na to przede wszystkim zmiany fizyczne jakie w czasie gotowania w mleku zachodzą i związana z tym zmiana warunków wchłaniania w jelicie.

Po poprzedniej wojnie światowej stwierdzono we Francji wzrost przypadków choroby surowiczej po wstrzykiwaniu surowicy odpornościowej końskiej. Zjawisko to wytłumaczyła medycyna francuska masowym uczuleniem na białko końskie, wskutek masowego spożywania mięsa końskiego, z braku innych gatunków mięsa w okresie wojennym.

W odpowiedzi dr Nowak wyjaśnił, że obawa przed niedokrwistością, jaką ma wywoływać mleko kozie jest nieuzasadniona. Na setki przypadków, w których prelegent stosował mleko kozie nie widział on w żadnym z nich niedokrwistości. U niemowląt karmionych mlekiem koziem prelegent szybko przechodzi na żywienie ich albo pozbawione mleka, albo też zawierającego 200—300 gramów. Korzyści, jakie odnosi się w przypadkach zaburzeń z odżywiania przy używaniu mleka koziego są po prostu nieocenione i to w olbrzymim odsetku przypadków.

Sekretarz: *Dr Zbigniew Oszast* — Prezes: *Dr Franciszek Walter*

TOWARZYSTWO LEKARSKIE ZAGŁĘBIA DĄBROWSKIEGO

I zebranie ogólne i naukowe dnia 11 listopada 1945 r. Obecnych 30 osób.

Dr Tráwiński-Prezes złożył krótkie sprawozdanie z działalności Towarzystwa za czas okupacji. Udało się przechować około 650 tomów z biblioteki Towarzystwa. Meble, oraz cały majątek skonfiskowali okupanci.

Z liczby dawnych 80-ciu członków, obecnie na terenie Zagłębia Dąbrowskiego znajduje się 54-ch. Zmarło 12-u, z tego 2-ch śmiercią męczeńską.

Zaginęło 4-ch; nie powróciło jeszcze 2-ch.

1. Dr Nasiłowski wygłosił odczyt pt. „Spostrzeżenia nad zapaleniem opon mózgowo-rdzen. w latach 1939—1945" ilustrowany pokazem 3 dzieci wyleczonych.

Rzecz zostanie ogłoszona drukiem.

W dyskusji zabierali głos Koledzy: Osiński, Ingster; Gruszkiewicz wypowiedział się za stosowaniem nadal surowicy swoistej, obok podawania preparatów sulfamidowych. Szczurowski widział dużo wyników dobrych po zastosowaniu środków sulfamidowych, zwłaszcza po Cibasolu.

2. Dr Starzewski przedstawił przypadek operacyjnego wytworzenia pochwy sztucznej u pewnej 17-o letniej kobiety, u której stwierdził *Agenesia uteri et vaginae.*

Przystąpił do tego zabiegu wielce przynaglany prośbą rodziny oraz pacjentki, która usiłowała nawet popełnić samobójstwo. Zabiegu dokonał sposobem Głowińskiego z odmianą własną. Po wytworzeniu przestrzeni pomiędzy pęcherzem moczowym i odbytnicą, ściągnął tu otrzewną z zatoki Douglasa i połączył ją z płatami błony śluzowej z warg małych, wytwarzając w ten sposób rurę-pochwę. Dno zamknął szwem dwupiętrowym. Otrzymał wynik doskonały. Pochwa dobrej głębokości, stosunki odbywają się normalnie, nawet z orgazmem. Pacjentkę miał w swojej obserwacji w ciągu 2-u lat. Zabieg ten poleca jako o wiele mniej skomplikowany i bardziej bezpieczny od zabiegów dotąd stosowanych przy użyciu odcinka jelita cienkiego, odbytnicy itp.

W dyskusji zabrał głos dr Trawiński, winszując prelegentowi pięknego wyniku i podnosząc względną łatwość i bezpieczność sposobu.

3. Dr Trawiński pokazuje preparat wyciętego raka żołądka, przerastającego do poprzecznicy.

Przypadek dotyczył 50-cio letniego mężczyzny, którego operował z powodu objawów typowych dla raka żołądka. Po otwarciu brzucha w znieczuleniu miejscowym, okazało się, że guz rakowaty zajmuje dużą część żołądka oraz przerasta sieć małą i poprzecznicę. Dokonał podwójnego wycięcia żołądka i około 30-u cm poprzecznicy w jednym bloku. Poprzecznicę połączył koniec do końca. Okazało się potem, że pomiędzy żołądkiem a poprzecznicą było połączenie przepuszczające palec.

Chory zniósł zabieg doskonale; obecnie minęło $1^1/_2$ miesiąca, ma się dobrze i przybiera na wadze.

Drugi przypadek dotyczył chorego operowanego przed miesiącem również z powodu dużego raka żołądka z zajęciem sieci małej i podciągnięciem poprzecznicy.

W przypadku tym po wycięciu żołądka, wyciął klin z poprzecznicy. Chory ten przebywa jeszcze w szpitalu w stanie dobrym.

4. Dr Karol Zahorski pokazuje przypadek kiły trzeciorzędowej wielonarządowej.

Mężczyzna lat 50 z wiądem rdzenia i kiłą serca z napadami pseudostenokardialnymi oraz ze zniekształcającym szyję guzem poza mięśniem m. s. obojczykowym. (kilak grucz. tarcz?). Istnienie zmian kiłowych w układzie nerwowym i naczyniowym przemawia za pochodzeniem kiłowym guza, tym bardziej że leczenie swoiste wpływa na jego zmniejszanie się.

W. R. wybitnie dodatni.

Pod wpływem leczenia swoistego wybitna poprawa.

W dyskusji zabierali głos dr Trawiński i dr Osiński.

EUGENIUSZ ARTWIŃSKI

Rok już upłynął od Jego śmierci. Cicho jak żył, odszedł 10 września 1944. Nie od razu wieść ta nadeszła ze Lwowa. Burza wojenna nie zdołała przecież zagłuszyć w pamięci naszej wspomnienia o tym szlachetnym człowieku, dobrym koledze, doskonałym lekarzu.

Urodzony w Warszawie 1 marca 1892, ukończył gimnazjum klasyczne (1910) w Krakowie, tutaj też uczęszczał na Wydział lekarski i otrzymał dyplom w maju 1916. Ale już od r. 1912, a więc jeszcze jako student, pracował na stanowisku młodszego asystenta w Klinice chorób nerwowych i umysłowych Uniwersytetu Jagiellońskiego, gdzie też po doktoracie pozostał nadal jako starszy asystent aż do roku 1922. Mianowany następnie prymariuszem Oddziału neurologiczno-psychiatrycznego w Szpitalu św. Łazarza, habilitował się niebawem (1924) w swej specjalności, w roku zaś 1935 uzyskał tytuł profesora. Po śmierci Henryka Halbana powołany na opróżnioną po nim katedrę neurologii i psychiatrii we Lwowie (1936), pozostał tam do zgonu.

Pomimo cierpienia sercowego, któremu wreszcie uległ, pracował do ostatka, znosząc po bohatersku, bo z zupełnym zaparciem się swego własnego dobra, wszelkie trudy fizyczne i umysłowe jakich nie szczędziły warunki wojenne. Już w pierwszej fazie wojny, we wrześniu 1939, trudności spiętrzyły się ogromnie wskutek uderzenia lotniczej bomby niemieckiej w nowy budynek lwowskiej Kliniki neurologicznej i jej częściowego zburzenia. Poparcie, udzielane wszystkim zakładom lekarskim i klinikom lwowskim, a więc i klinice neurologicznej, przez sowieckie władze Medycznego Instytutu (którego dyrektor Makarczenko sam był docentem neurologii), zamieniło się na nową niedolę, gdy Niemcy utrudnili w Klinice neurologicznej, jak w kilku innych zakładach, pracę prawidłową, zajmując obok wielu środków naukowych bibliotekę kliniczną do swoich wyłącznych celów.

Znosząc bez szemrania wszelkie niewygody, brak normalnej komunikacji miejskiej, brak opału, brak środków i przyrządów leczniczych, brak sił pielęgniarskich, trwał na stanowisku w poczuciu moralne, odpowiedzialności za dobro jego pieczy powierzonej wzbudzając szacunek u współpracowników, miłość u chorych. Tę miłość i wdzięczność, jaka towarzyszyła mu zawsze i w młodych latach, już jako neurolog krakowski, choć zawsze skromny i powściągliwy, umiał dzięki wrodzonemu urokowi zjednywać sobie u ludzi, którzy się z nim zetknęli. Ta właściwość indywidualna była przyczyną, że i we Lwowie, chociaż tak krótko tam przebywał i chociaż z powodu choroby tak mało się tam udzielał, wyrobił sobie przecież stanowisko specjalne. Młodzi i starsi dawali mu dowody zaufania i nieraz zasięgali jego opinii, gdy tego wymagała potrzeba lekarska, koleżeńska, czy społeczna.

Dorobek naukowy Artwińskiego, jak na krótkie jego życie i przeszkody nie od niego zależne, jest poważny. Pozostawił 35 prac z różnych działów neurologii i psychiatrii, czy to były nerwice i psychozy, czy sprawy zapalne lub nowotworowe w mózgu, czy gruźlica tego narządu i jej leczenie operacyjne, czy opracowania dydaktyczne np. sposób badania nerwowo chorych dla zbiorowej pracy podręcznikowej, czy problemy społeczno-lekarskie jak np. „O opiekę lekarską dla wsi polskiej“ (Lwów 1938), czy wreszcie życiorysy interesujących go szczególniej lekarzy jak Piltza, Babińskiego, Brudzewskiego.

Był to umysł filozoficzny. Dowodem tego choćby wykład wstępny wygłoszony po objęciu kliniki lwowskiej: „Zarys nowożytnej myśli psychiatrycznej“ („Polska Gazeta Lekarska“ 1938). Z ogromnym zaciekawieniem studiował działalność i poglądy Chałubińskiego. Marzył o tym, aby kiedyś, po wojnie, opracować na wzór tego wielkiego lekarza-myśliciela „Metodę wynajdywania wskazań lekarskich“ w neurologii i psychiatrii.

Wierzę, że to marzenie było mu ulgą w niejednym cierpieniu i że towarzyszyło mu do ostatka.

Cześć Jego pamięci′

Prof. dr Witold Ziembicki

ZE ZWIĄZKU ZAWODOWEGO LEKARZY R. P.

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI SEKCJI SAMOPOMOCY LEKARSKIEJ Z DN. 26 XI 1945

Sekcja Samopomocy Lekarskiej z kwoty uzyskanej w październiku wydała ponad zł 30.000 na zapomogi doraźne, wedle klucza jaki ustalono na poprzednich posiedzeniach. Najwyższa kwota dla repatriantów względnie tych, którzy powrócili z obozów, wynosiła zł 1000, dla innych kategorii w wielu przypadkach zł 500, najniższa zł 200.

Pozostawiono na koncie P. K. O. kwotę zł 10.000, jako fundusz rezerwowy.

Zbiórka listopadowa dała również piękny wynik, bo zł 23.650 (stan w d. 25 XI). Opierając się na tym, Sekcja Opiekuńcza wybrała spośród podopiecznych osoby najstarsze, najbardziej niedołężne, pozostające w największej biedzie, nie mogące liczyć ani na rodzinę, ani na żadną inną pomoc i uchwaliła dla tych osób, w liczbie 37, zasiłki miesięczne między zł 200 a 400 na osobę.

Sekcja zdaje sobie sprawę, że zasiłki te wobec panującej drożyzny w małym tylko stopniu ułatwią życie podopiecznym. Trzeba jednak zarezerwować część zebranej kwoty na dalsze zasiłki doraźne, i — o ile to będzie wykonalne — na gwiazdkę dla nieletnich dzieci w liczbie około 17-tu.

Dlatego też Sekcja myśli i o innych źródłach dochodu i przystąpiła do zorganizowania cyklu wykładów. Rektorat U. J. odstąpił z całą gotowością na ten cel salę Kopernika, prelegenci są upatrzeni i po

pokonaniu trudności technicznych, wykłady będą mogły rozpocząć się w styczniu. Praktyka wykaże, czy rezultaty pieniężne odpowiedzą pokładanym nadziejom.

W sprawie leków dla podopiecznych Ubezp. Społ. jak i Czerwony Krzyż idą Sekcji na rękę. Czerwony Krzyż zarówno w osobie swego Szefa Sanitarnego, jak i Pełnomocnika, zaspokaja z całą gotowością wszelkie zgłoszenia Sekcji.

Dużą zdobyczą Sekcji jest zarządzenie Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej przyznające nam z darów UNRRA odzież dla 180 osób (mężczyzn, kobiet i dzieci). Opiekunki będą odzież wydawały same, oszczędzając podopiecznym dużo zachodu.

Sekcja stara się o dodatkowe przydziały żywnościowe, tak ważne przede wszystkim dla chorych, przebywających w szpitalach.

Schroniska w Krakowie — to sprawa bardzo trudna. Naczelnik Miejskiego Wydziału Opieki Społecznej przyrzekł, że rozpatrzy możność wyodrębnienia części jednego schroniska dla naszych podopiecznych. Do zrealizowania tego projektu zabierzemy się, gdy już będziemy mieć odzież w ręku, gdyż M. W. O. Sp. jest przeciążony pracą i trudno by było iść naraz w 2 kierunkach.

Najtrudniej w tej chwili jest zaopatrzyć nadających się do tego podopiecznych w pracę. Trudno zsynchronizować zapotrzebowanie z kwalifikacjami i życzeniami podopiecznych i w tym względzie praca Sekcji nie jest jeszcze na właściwej drodze i nie dała wyników.

Z IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

KASA WZAJEMNEJ POMOCY

Izba Lekarska w Krakowie przypomina, że wszyscy lekarze praktykujący na obszarze Izby tj. w województwach kieleckim, krakowskim i rzeszowskim są obowiązani należeć do Kasy Wzajemnej Pomocy Lekarzy przy Izbie. Jest to obowiązek wynikający z ustawy o izbach i dowód solidarności koleżeńskiej w trosce o los rodziny Zmarłego Kolegi.

Kasa Wzajemnej Pomocy Lekarzy wypłaciła rodzinom Zmarłych Kolegów po usunięciu okupanta tj. od lutego 1945 do dnia dzisiejszego kwotę zł. 264,410·—. Dalsze wypłaty są uzależnione od punktualnego wpłacania przez Kolegów bieżących opłat Kasy.

W roku bieżącym zgłoszono już 37 zgonów lekarzy członków kasy: dr Wyleżyński Jan, dr Reichan Jerzy, dr Topolnicki Józef, dr Stopczański Jan, dr Birkenfeld Karol, dr Kramarz Jakób, dr Dretler Julian, dr Mikołajkow Aleksander, dr Markowski Stanisław, dr Zamorski Stanisław, dr Zubr Zygmunt, dr Sanecki Józef, dr Woynarowski Kazimierz, dr Sikorska Helena, dr Rżążewski Henryk, dr Nodzyński Bolesław, dr Kraft Kamil, dr Bularski Jan, dr Guttman Leon, dr Haas Adolf, dr Kurzyniec Wojciech, dr Gężba Roman, dr Artwiński Eugeniusz, dr Ciechanowski Stanisław, dr Tunia Roman, dr Peters Adam, dr Nowotny Gustaw, dr Kościuszko Stefania, dr Jüttner Marian, dr Możdżyński Tadeusz, dr Glassner Rubin, dr Mackiewicz Władysław, dr Hackbeil Bronisław, dr Schreiber Józef, dr Rosenzweig Henryk, dr Epstein Maurycy, dr Milgrom Henryk.

Ponadto wypłaca Kasa Wzaj. Pomocy Lekarzy wdowom lekarzy zmarłych podczas okupacji niewyrównane przez okupanta premie.

Dr Marian Ciećkiewicz
Sekretarz Izby Lekarskiej

Dr Jan Gołąb
Prezes Izby Lekarskiej

KOMUNIKAT
w związku z pracami Głównej Komisji Badania Zbrodni niemieckich w Polsce.

Izba Lekarska zwraca się do lekarzy i lekarek oraz studentów medycyny zamieszkałych na terenie Izby (województwo krakowskie, kieleckie i rzeszowskie), którzy w czasie okupacji niemieckiej w związku z działalnością zawodowo-polityczną lub zawodową czy też bez jakiejkolwiek przyczyny, byli przez władze niemieckie aresztowani, o jak najszybsze podanie Izbie Lekarskiej w Krakowie, ul. Krupnicza l. 11a następujących danych:

1) Imię, nazwisko i obecny adres,
2) Kiedy i gdzie aresztowany(a) (od — do),
3) Czas przebywania w więzieniu, wzgl. w obozie,
4) Krótki opis warunków w okresie pozbawienia wolności,
5) Uszczerbek poniesiony na zdrowiu i zdolności do wykonywania pracy zawodowej.

Uprasza się traktować sprawę jako pilną.

Kraków, dnia 19 XI 1945 r.

NADZWYCZAJNY PODATEK OD WZBOGACENIA WOJENNEGO

Na zasadzie rozporządzenia Ministra Skarbu z dnia 27 VI 1945 Dz. U. R. P. nr 135 w przedmiocie wykonania dekretu o nadzwyczajnym podatku od wzbogacenia wojennego Dz. U. R. P. nr 13 poz. 72 Urząd Skarbowy wzywa lekarzy by zgłosili ewentualne wzbogacenie się w okresie wojennym.

Za wzbogaconych na wojnie uważa się w zrozumieniu dekretu tych wszystkich, którzy w okresie od dnia 31 VIII 1939 do 30 VI 1945 powiększyli wartość swego majątku o kwotę ponad 100.000 zł według szacunku na dzień 30 VI 1945 r. Za wzbogacenie wojenne uważa się również spłaty wszelkich zobowiązań przedwojennych, o ile zostały dokonane z góry określonym terminem.

Nadmienia się również, że strat wojennych w majątku nabytym przed dniem 1 września 1939 roku nie potrąca się za wyjątkiem strat w ruchomościach, przeznaczonych do osobistego użytku i to tylko w granicach wartości.

Do składania zeznań zobowiązane są wszystkie osoby fizyczne, prawne i spadki wakujące, które w okresie od 31 VIII 1939 do 30 VI 1945

1) nabyły własność:
a) gruntu, b) budynku, c) placu niezabudowanego, d) przedsiębiorstwa handlowego, przemysłowego lub innego, e) towarów surowców, narzędzi produkcji itp., f) kapitałów i należności, g) ruchomości domowych i innych przedmiotów, służących do osobistego użytku, h) wszelkich innych nie wymienionych wyżej przedmiotów majątkowych.

2) spłaciły zobowiązania przedwojenne.

Wobec upłynięcia terminu składania zeznań, sprawę należy traktować jako bardzo pilną.

OGÓLNOPOLSKI ZJAZD DELEGATÓW LEKARZY UBEZP. SPOŁ.

Ogólnopolski Zjazd Delegatów Ubez. Społ. odbył się w Krakowie w dniach 3—4 listopada 1945. W Zjeździe wzięli udział Delegaci ze wszystkich części kraju reprezentujący 36 Ubezpieczalni Społecznych.

Uchwalono zorganizowęnłe wssystkich lekarzy Ubezp. Społ. w jeden Związek Lekarzy Ubezp. Społ. Powzięto szereg doniosłych uchwał dotyczących bytu lekarzy, spraw organizacyjnych i lecznictwa społecznego. Uchwalono zbiorową prenumeratę „Przeglądu Lekarskiego".

Zjazdowi poświęcony zostanie nr 11 „Przeglądu Lekarskiego".

* * *

TOWARZYSTWO CHIRURGÓW POLSKICH

Zarząd Towarzystwa Chirurgów Polskich zawiadamia członków że wznowił swą działalność, na pierwszym posiedzeniu w dn. 28 XI 1945 r. w Warszawie, postanowił zwrócić się do wszystkich członków Towarzystwa o zgłoszenie się pisemne na ręce sekretarza dra St. Tokarskiego, II Klinika Chirurgiczna (Szp. Przem. Pańsk.) Warszawa-Praga, pl. Weteranów 4.

Celem zgłoszenia jesz sporządzenie nowej listy członków. Chirurdzy, którzy nie byli członkami Twa, a pragną nimi zostać, winni zgłosić swoją kandydaturę na ręce sekretarza. Kandydatury te będą rozpatrzone zgodnie ze Statutem Towarzystwa.

Jednocześnie Zarząd zawiadamia, że postanowił zorganizować XV Zjazd Tow. Chirurgów Polskich w lipcu 1946 r. w Gdańsku. Organizacją Zjazdu zajmie się prof. K. Michejda.

Wszyscy członkowie, którzy pragnęliby zgłosić referaty, zechcą to uczynić w terminie do 30 IV 1946 r. Referaty zgłaszać należy na ręce prezesa lub sekretarza.

Równocześnie wznowiony zostanie „Polski Przegląd Chirurgiczny" pod tymczasową redakcją prezesa. Prace przeznaczone do Przeglądu należy przesyłać na ręce prezesa lub sekretarza. Redakcja Przeglądu zostaje przeniesiona do czasu najbliższego Zjazdu do Gdańska.

Składkę roczną ustalono w wysokości 600.— zł płatną w czterech kwartalnych ratach po 150.— zł na ręce skarbnika Tow. dra J. Kossakowskiego, Litewska 16, Klinika Chorób Dziecięcych.

Skład Zarządu ścisłego:

Prezes – prof. dr K. Michejda, Gdańsk, Akademia Lekarska, Wiceprezes – prof. dr J. Glatzel, Kraków, ul. Kopernika 40, Klin. Chir., Sekretarz – dr St. Tokarski, Warszawa, Szp. Przem. Pańsk. pl. Weteranów 4, II Klinika Chirurgiczna, Skarbnik — dr J. Kossakowski, Warszawa, Litewska 16, Klinika Chorób Dziecięcych, Członek Zarz. — prof. J. Mossakowski, Warszawa, Szp. Przem. Pańsk. pl. Weteranów 4, II Klinika Chirurgiczna.

* * *

POŁOŻENIE MATERIALNE LEKARZY

Do Redakcji napływają nieustannie zażalenia lekarzy z powodu dotkliwych obciążeń podatkowych i niesłusznego obciążenia lekarzy podatkiem dochodowym i obrotowym. Urzędy Skarbowe nie biorą pod uwagę sum podawanych przez lekarzy i korygują je na niekorzyść tychże przy pomocy komisji tzw. rzeczoznawców. Żalący się uważają pobieranie od lekarzy podatku od dochodu i od obrotu za niesłuszne i nielogiczne, zwłaszcza gdy dolicza się do jednej i tej samej sumy zarobku miesięcznego 100% i 50% dodatku wojennego w chwili, gdy wojna już się skończyła.

„Służba lekarska, nawet lekarza wolnopraktykującego ma charakter wybitnie społeczny, gdyż w rękach lekarza spoczywa piecza nad zdrowiem obywateli. Każdy lekarz daje tak wiele świadczeń bezpłatnych lub za najniższą opłatą na rzecz osób prywatnych i instytucji państwowych, że to w zupełności powinno uchodzić za podatek państwowy. Dla utrzymania poziomu swego wykształcenia zawodowego lekarz musi wydawać wysokie sumy na książki, pisma naukowe, uczestnictwo w zjazdach, Twach naukowych itd. Zarobki lekarzy wbrew opinii laików są b. małe, o czym najlepiej świadczy wielka liczba wdów i sierót po lekarzach, wspierana przez ogół lekarzy. Nie rzadkie są wypadki, kiedy lekarza nie ma za co po śmierci pochować. Wielu lat praktyki potrzeba, aby lekarz zaczął jako tako zarabiać na życie. Wojna zniszczyła stan lekarski bardzo dotkliwie".

Lekarze powinni być zwolnieni od podatków — rozlegają się coraz liczniejsze wołania z terenu.

Zjazd Delegatów Lekarzy Ub. Sp. w Krakowie w dniach 3—4 XI 45 obfitował w przemówienia, w których w sposób drastyczny przejawiała się pauperyzacja lekarzy i konieczność natychmiastowego przeciwdziałania upadkowi stanu lekarskiego. Upadek stanu lekarskiego, to upadek zdrowotności publicznej i nauki lekarskiej.

* * *

Sprawy bytu lekarzy w prasie codziennej. Czołowy artykuł Warszawskiego „Kuriera Codziennego" z 21 XI b. r. pt. „Byt lekarzy" ubolewa z powodu podcięcia podstaw zarobkowania lekarzy na skutek zupełnego niemal upadku prywatnej praktyki i przejścia do uspołecznionej służby zdrowia. Nawet dwie lub trzy posady w szpitalach, ośrodkach zdrowia, szkołach itp. nie dają lekarzowi możności opędzenia najkonieczniejszych wydatków związanych z jego stanowiskiem, utrzymaniem gabinetu lekarskiego, koniecznością uzupełniania wiedzy i utrzymaniem rodziny. Na jednym ze zebrań lekarzy cytowano jaskrawy przykład, iż lekarz-asystent z kilkunastoletnią praktyką otrzymuje w zakładzie psychiatrycznym w Tworkach... 600 zł miesięcznej pensji.

„Może nieznanym ogólnie faktem jest" — pisze autor — „że jednym z niewielu chyba zawodów, który nie otrzymuje przydziałów żywnościowych itp. są właśnie lekarze. Zupełnie fikcyjne bywają również przydziały, jakie mają otrzymywać lekarze w zakresie materiałów sanitarnych. Słyszeliśmy miarodajne oświadczenie, iż niedawno na prośbę Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej o przydział spirytusu do celów leskich, materiałów opatrunkowych, dezynfekcyjnych itp. — Mtwo Aprowizacji przydzieliło lekarzom po butelce octu, po pół paczki namiastki kawy i po paczce proszku do prania" (podkreślenia Redakcji). Wygląda to na anegdotę zbyt złośliwą — a jest zapewne tylko nieporozumieniem, jakie bądź co bądź nie powinno się zdarzać".

„Nie twierdzimy, że w tym stanie rzeczy lekarze są zupełnie bez winy, skoro tak długo zaniedbali podstawowy postulat zorganizowania się w związek zawodowy. Kto nie pilnuje swych interesów zawodowych — musi być bity".

* * *

PRODUKCJA SUROWIC I SZCZEPIONEK W PAŃSTWOWYM ZAKŁADZIE HIGIENY

Państwowy Zakład Higieny zorganizował produkcję surowic i szczepionek. Zakłady w Warszawie i Lublinie produkują surowice i szczepionki, posiadając własne fermy dla koni: Służew koło Warszawy i Wolę Sławińską koło Lublina. Zakład

w Krakowie produkuje szczepionki bakteryjne i szczepionkę przeciwko durowi osutkowemu, poza tym jeszcze dwa zakłady w Częstochowie i Lublinie produkują szczepionkę przeciwko durowi osutkowemu.

Dla opracowania planu produkcji surowic i szczepionek odbył się zjazd kierowników zakładów produkcji w dniu 5 listopada w Łodzi pod przewodnictwem Naczelnego Dyrektora PZH prof. Przesmyckiego przy współudziale przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, i Naczelników Wydziałów: dra Miszewskiego i mgra Rdzanka.

Na konferencji ustalono plan produkcji poszczególnych Zakładów i stwierdzono, że zakłady produkcyjne PZH są obecnie w stenie zaopatrzyć Państwo w szczepionki przeciwko durowi brzusznemu i czerwonce. Zdolność produkcyjna dla tych szczepionek wynosi około pół miliona szczepień miesięcznie. Przystąpiono do produkcji szczepionki przeciwko błonicy (anatoksyna Ramona), szczepionki przeciwko płonicy (szczepionka Gabryszewskiego) tuberkuliny i szczepionki BCG. Poza tym już się wytwarza szczepionkę przeciwko wściekliźnie i rozpoczęto produkcję szczepionki przeciwko ospie, obliczając produkcję tej szczepionki na 2 i pół miliona porcji w ciągu roku.

Zakłady Produkcji szczepionki przeciwko durowi osutkowemu wytwarzają miesięcznie 20.000 porcji, co w porównaniu z produkcją przedwojenną wynoszącą 5.000 porcji rocznie jest liczbą bardzo wysoką .Należy przy tym dodać, że szczepionka ta jest produkowana na wszach karmionych na ludziach.

Rozpoczęto również produkcję surowic w Warszawie i Lublinie. Zakłady te obecnie posiadają około 30 koni uodpornianych dla otrzymania surowicy przeciwko błonicy, tężcowi, płonicy, czerwonce, zapaleniu opon mózgowych, zgorzeli gazowej itd. Surowica błonicza już została przez PZH wypuszczona do obiegu na razie w ilości 15 milionów jednostek, a do pierwszego stycznia 1946 roku liczba wypuszczonych jednostek surowicy przeciwbłoniczej dojdzie do 30 milionów. Począwszy od stycznia ilość wypuszczonej surowicy wzrośnie i należy sądzić, że w pierwszym półroczu 1946 roku będziemy mogli zaopatrzyć Państwo w dostateczną ilość wyżej wymienionych surowic.

Poza tym PZH przystąpił do wytwarzania organopreparatów, a mianowicie wypuścił już w obieg Pituitrol, rozpoczął produkcję insuliny i rozpoczyna obecnie produkcję preparatu z wątroby do zastrzyków.

W ten sposób pod względem zaopatrzenia w surowice i szczepionki w najbliższym czasie Państwo nasze będzie samowystarczalne. Należy przy tym dodać, że wszystkie surowice i szczepionki wyrabiane zarówno w Państwowym Zakładzie Higieny jak i prywatnej produkcji podlegają bardzo ścisłej kontroli w Oddziale Kontroli Surowic i Szczepionek PZH, co gwarantuje odpowiednią wartość tych produktów.

Surowice i szczepionki wyprodukowane w Zakładach Produkcji PZH są sprzedawane w Centralnym Biurze Sprzedaży w Warszawie, ul. Chocimska 24.

* * *

Państw. Zakład Higieny w Warszawie rozwija coraz bardziej ożywioną działalność. Obecnie przeprowadza już analizy krwi, badania biologiczne, badanie preparatów farmaceutycznych i badanie środków żywności. Te ostatnie badania odbywają się przy współpracy z Mtwem Aprowizacji, które zwalcza rozwielmożnione fałszowanie środków spożywczych. P. Z. H. przeprowadza również systematyczne badanie wody studzien warszawskich (około 700). Funkcjonuje produkcja surowic i szczepionek (wścieklizna, ospa, błonica).

* * *

Pomoc Szwecji w dziedzinie sanitarno-zdrowotnej wyraża się coraz poważniejszymi cyframi. Nadeszło około 30.000 amp. rozmaitych surowic i szczepionek, transport rozmaitych leków i tabletek witaminowych wartości ponad 600.000 Kr. szw., standartyzowane komplety 480 łóżek szpitalnych, ponadto aparaty rentgenowskie, instrumetarium chirurgiczne, Zapowiedziane dalsze transporty, m. i. 2000 kompletnych łóżek szpitalnych z pościelą, które Mtwo Zdrowia rozdzieli między Województwa. Oczekuje się dużych przesyłek aparatów lekarskich, (ap. rentgenowskie, elektrokardiografy itd. W Warszawie ma powstać Klinika gruźlicza, w której przez pewien czas pracować będzie szwedzki ftizjolog z szwedzkim personelem pielęgniarskim. Szwecja przyczynia się też do remontu Szpitala dziecięcego przeciwgruźliczego w Otwocku, wokół którego architekci szwedzcy zbudować mają wraz z architektami polskimi szereg domków drewnianych na 100 łóżek. Ośrodek ten również będą obsługiwać czasowo szwedzcy ftizjolodzy z personelem pielęgniarskim szwedzkim i polskim.

Zapowiada się żywa współpraca szwedzkiego i polskiego świata lekarskiego na polu naukowym. Akcję odczytową zapoczątkowali już dr Adams Ray, dr Bruck i dr Nordwall.

* * *

Pomoc Szwecji dla szpitalnictwa. Odbudowujące się szpitalnictwo w Warszawie przygotowało już 300 łóżek. Ostatnio otwarto wyremontowany oddział chorób wewnętrznych Szpitala Dzieciątka Jezus (doc. dr Biernacki), na 80 łóżek, Szpital ten otrzymał od Szwecji 400 łóżek z trzykrotną zmianą bielizny pościelowej; Szpital św. Ducha 400 łóżek, Sanatorium dla gruźliczych dzieci w Otwocku 300 łóżek, wraz bielizną, naczyniami, i przyrządami lekarskimi.

* * *

Aparaty dezynfekcyjno kąpielowe, najnowszy model 1945, 4—5 tonowe, jako przyczepki do samochodu, otrzymał Komisariat do Walki z Epidemiami z darów UNRRA.

* * *

Rada Pełnomocników Ligi Czerwonych Krzyży odbyła pierwszy powojenny kongres w Paryżu przy współudziale delegatów 43 państw. Polskę reprezentował prezes Zarządu Głównego P. C. K. Ludwik Christians. Przedmiotem obrad było sprawozdanie z ubiegłego 6-lecia działalności, uchwalenie budżetu i wybory. Prezesem Ligi Czerwonych Krzyży wybrano jednogłośnie prezesa Ameryk. Cz. Krzyża Basila O'Connora na okres czteroletni oraz 10 przedstawicieli Komitetu Wykonawczego. Charakterystycznym objawem uznania dla roli P. C. K. było oddanie 29 głosów na polskiego przedstawiciela przy maksymalnej ilości 32 oddanych głosów.

Czerwony Krzyż argentyński, brazylijski, kanadyjski, brytyjski, duński, amerykański i inne zaofiarowały Polsce pomoc.

Prezes P. C. K. L. Christians odznaczony został Odznaką Honorową Francuskiego Czerwonego Krzyża za pomoc okazywaną przez P. C. K. obywatelom francuskim w obozie koncentracyjnym w Majdanku.

* * *

United Nations Education, Sciences and Culture Organisation. Związek Narodów dla Spraw Wychowania, Nauki i Kultury powstaje jako instytucja wchodząca w skład Międzynarodowej Rady Społeczno-Gospodarczej. Z łona tej ostatniej wywodzić się będzie szereg specjalnych organizacji. między innymi również dla spraw zdrowia i pracy.

* * *

Na zaproszenie Ministra Zdrowia dr Fr. Litwina przybył do Polski szef sanitarny UNRRA dr W. A. Sawyer celem porozumienia się z polskimi władzami zdrowia w sprawie dalszej działalności UNRRA, zapoznania się z warunkami i potrzebami zdrowotno-sanitarnymi kraju i wygłoszenia odczytów o postępach medycyny krajów zachodnich w okresie wojny.

* * *

Kurs dla lekarzy sportowych (dwutygodniowy) odbędzie się staraniem Mtwa Zdrowia z początkiem stycznia 1946 w Krakowie pod kierownictwem Dr Sidorowicza. Program około 70 godzinny, przewiduje prowadzenie poradni sportowych, fizjo i patologię sportu, higienę, wytyczne dla lekarzy przy określaniu typu zawodników i rodzajów sportu. Wykładowców dostarczy grono profesorskie Uniwersytetu Jag. i Studium Wychowania Fizycznego. Obok teorii odbywać się będą ćwiczenia w poradni sportowo lekarskiej i pokazy ćwiczeń gimnastycznych, gier itp.

* * *

Klub Lekarzy powstał w Warszawie wskutek inicjatywy Izby Lekarskiej Warszawsko-białostockiej. Celem Klubu jest według regulaminu osobiste zbliżenie uczestników, organizowanie życia towarzyskiego i wymiana myśli.

* * *

II Konferencja Lekarzy W. P. zakończyła swe obrady w Otwocku. W końcowych obradach uczestniczył Minister Zdrowia dr Fr. Litwin, dając w swym przemówieniu wyraz przekonaniu, że wojskowa i cywilna służba zdrowia będą nadal wspólnie pracować nad podniesieniem kultury zdrowotnej

kraju. Nacz. chirurg W. P. gen. prof. dr Szacki i nacz. epidemiolog W. P. dr Synowiec w przemówieniach reasumujących wyniki obrad podkreślili poważne osiągnięcia i zasługi lekarzy W. P. oraz podnieśli istniejące braki. Liczba wyleczonych w czasie ostatniej wojny rannych wynosi 70%. Na konferencji wygłosił również przemówienie przedstawiciel sł. zdrowia Czerwonej Armii prof. dr Girgolaw, dając w nim wyraz swemu uznaniu dla osiągnięć polskiej Służby Zdrowia i poziomu polskiej myśli lekarskiej (wg K. C. 1 XII 45).

* * *

Walka z alkoholizmem. Z końcem października b. r. odbyła się w Mtwie Zdrowia pierwsza konferencja w sprawie walki z alkoholizmem pod przewodnictwem dr Witolda Chodźki, przy współudziale Mtra Zdrowia, Mtra Sprawiedliwości, Mtra Oświaty, Mtra Przemysłu oraz przedstawicieli stronnictw i organizacji społecznych. Str. Demokratyczne reprezentował prof. dr Miecz. Michałowicz, Społ. Obywatelską Ligę Kobiet ob. Płotnicka, Centr. Komitet Opieki Społ. O. Deroński, Two Psychiatryczne dr Kaczyński, Klinikę Psychiatryczną U. Warsz. dr Ryszard Dreszer, referat walki z alkoholizmem w Mtwie Zdrowia red. Jan Szymański.

* * *

Z historii tajnych studiów lekarskich w czasie okupacji. W czasie okupacji w stolicy poza szkołą prof. Zaorskiego tajne studia lekarskie prowadził Uniwersytet Warszawski liczący w 1943/44 r. na Wydziale Lekarskim 450 słuchaczy oraz działający w tym czasie w Warszawie Uniwersytet Poznański. Prócz tego był jeszcze jeden wydział lekarski również na wysokim poziomie — w ghecie warszawskim pod kierownictwem prof. dr Juliusza Zweibauma, znanego histologa. Do kierownictwa należeli także, zamordowani potem przez Niemców, fizyko-chemik prof. U. W. dr Mieczysław Centnerszwer i profesor Wolnej Wszechnicy Polskiej Hilary Laks. Z liczby studiujących na tym wydziale 500 studentów, jak okazało się przy weryfikacji wydanych przez władze akademickie zaświadczeń, pozostało przy życiu tylko kilkanaście osób. (wg Dz. P. z 2 XII 45).

WIADOMOŚCI OSOBISTE

Doc. U. J. dr Kowarzyk powołany został na katedrę patologii Uniwersytetu we Wrocławiu.

Z okazji wyjazdu na nową pionierską placówkę, Redakcja „Przeglądu Lekarskiego" składa swemu dotychczasowemu współpracownikowi w Komitecie Redakcyjnym gorące życzenia jak najlepszych wyników pracy, jaka nań czeka na kresach zachodnich.

Lek. Okoński Zdzisław, długoletni asystent oddz. chirurg. Państw. Szpitala św. Łazarza w Krakowie mianowany został dyrektorem Szpitala w Nowym Sączu.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

CZASOPISMA:

DZIENNIK ZDROWIA. Nr. 4 z 15 IX 45. Dział urzędowy: Zarz. Ministra Zdrowia z 7 IX 45 o tymczasowej organizacji Centr. Składnicy Sanitarnej. — Ok. Mtwa Zdrowia z 5 IX 45 o utworzeniu Wydziału Prasowo-Propagandowego Min. Zdrowia. — Ok. Mtwa Zdrowia z 5 IX 45 detto. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 30 VIII 45 w spr. przydziałów żywności dla szpitali — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 5 IX 45 w spr. przydziałów leków i sprzętu szpitalnego. — Dział nieurzędowy: prof. dr A. Domaszewicz: Neurochirurgia i jej potrzeby w Polsce. — Dr L. Rostkowski: Zwalczanie jaglicy (ref. ze Zj. Nacz. Woj. Wydz. Zdr.). — Dr E. Borkowski: Znaczenie akcji uświadamiającej w chorobach wenerycznych — Sprawozdanie z działalności naukowej Szpitala dla Zakaźnie chorych w Warszawie, Chocimska 5. — Przegląd czasopism. — Kronika. — Katalog Gł. Bibl. Lek.

* *

DZIENNIK ZDROWIA. Nr 5/6 z 1—15 X 45. — Dział urzędowy: Treść: Dekret Kraj. Rady Narodowej z 10 VIII 45 o rejestracji pracowników sł. zdrowia. — Okólnik Mtwa Zdrowia Nr 21/45 o organizacji służby zdrowia na wsi. — Przedruk ustawy z 15 VI 1939 o publicznej służbie zdrowia. — Instrukcja o organizacji i działalności ośrodków zdrowia (Przedruk okólnika Mtwa O. S. z 15 VII 1936). — Okólnik Mtwa Zdrowia Nr 22/45 w spr. referentów stomatologicznych. — Ok. Mtwa Zdrowia Nr 26/45 z 22 IX 45 w spr. przeprowadzenia badań lekarskich dzieci w zakładach opiekuńczo-wychowawczych. — Pismo okólne Mtwa Zdrowia z 6 X 45 w spr. komunikatów dla Kier. Służby Zdrowia nadawanych drogą radiową.— Sprawy ogólno-administracyjne: pismo ok. Mtwa Zdrowia z 14 IX 45 w sprawie wszelkiego rodzaju ustaleń w walutach obcych. — Pismo ok. Mtwa Zdrowia z 6 X 45 w spr. opłat publiczno-prawnych i korzystania ze świadczeń przez pracowników kontraktowych administracji państwowej. — Pismo okólne Ministra Skarbu z 24 IX 45 w spr. opłat publ.-praw. i korzystania ze świadczeń przez prac. kontrakt- admin. państw. — Pismo ok. Mtwa Zdrowia w spr. wypłaty uposażeń. — Pismo ok. Mtwa Skarbu z 30 VIII 45 w spr. wypłaty uposażeń. — Pismo ok. Mtwa Zdrowia z 24 IX 45 w spr. zastępstwa rządowego w spr. dotyczących praw i interesów majątkowych i publicznych Państwa. — Pismo okólne Mtwa Zdrowia i Skarbu w spr. dokonywania wypłat. — Dział nieurzędowy: prof. dr Wł. Szenajch: Myśli przewodnie o organizacji opieki nad dziećmi w Polsce. — Prof. Adam Wrzosek: Potrzeby wydawnicze w zakresie medycyny. — Dr Stan. Konopka: Najpilniejsze potrzeby medycyny polskiej w dziale wydawniczym. — Rafał Masztak: W spr. ordynatorów szpitali warszawskich. — Kronika. — Katalog Gł. Bibl. Lek.

*

NOWINY LEKARSKIE. Nr 10 z 15 X 45. Treść: dr Tadeusz Kielanowski (Lublin): O mechanizmie powstawania tętniczych zatorów powietrznych w przebiegu zakładania i dopełniania sztucznej odmy opłucnowej i o sposobie ich unikania. — A. Dowżenko: Toksyczne zapalenie wielonerwowe grupowe i sporadyczne spostrzegane w Warszawie w czasie wojny 1939—1945 r. — W. K. Massalski: O leczeniu odoskrzeowego grypowego zapalenia płuc. — Dział informacyjny: przemówienie inauguracyjne dr T. Szulca na zebraniu organ. Pozn. Twa Lekarskiego. — Dr Czesław Piekarski: (Poznań) Zorganizowanie pomocy lekarskiej na wsi, to rozwiązanie opieki lekarskiej w Polsce. — Wiadomości bieżące.

* * *

NOWINY LEKARSKIE. Nr 11/45. Treść: Edward Loth: w XXX-lecie objęcia katedry anatomii człowieka w Uniwersytecie warszawskim. — Dr Stanisław Łaguna: Zatrucie olejkiem komosowym (oleum chenopodii) po stosowaniu leczniczym. — Dr Józef Jankowiak: Mechanizm działania zabiegów fizjoterapeutycznych na ustrój. — Dział informacyjny: Dr Walerian Bogusławski: W sprawie opieki lekarskiej nad młodzieżą szkolną. — Dr Marian Kielasiński: O reformie studiów lekarskich. — Dr Stefan Wrzyszczyński: Na marginesie dyskusji o Związkach Zawodowych Pracowników Służby Zdrowia. — Dr Tadeusz Frąckowiak: Zjazd Lekarzy Ubezpieczalni Społ. w Krakowie 3—4 XI 1945. — XX Zjazd Psychiatrów Polskich. — Komunikaty Izby lek. pozn.

* * *

ŚLĄSKA GAZETA LEKARSKA miesięcznik. Redakcja iAdministracja: Cieszyn, pl. św. Krzyża 1 m. 4. Nr 1—3 (1. X—1. XII 1945). Dział urzędowy z Wojew. Urzędu zdrowia. Dział urzędowy Izby lekarskiej śląsko—dąbrowskiej. Dr Jan Szumski: Specjalne cele i zadania lecznictwa społecznego w Wojew. śl. dąbr. Franciszek Popiołek: Opieka społeczna w przemyśle hutniczo—górniczym. Dr Józef Garbień: Rany kłute i postrzałowe serca. Dr Jan Zigmund: Zawieszenie miednicze. Prof. Dr Kornel Michejda: Uwagi w sprawie chirurg. leczenia kamicy żółciowej. Dr Albin Garbień: Zbliznowacenie jamy macicy. Przegląd polskich czasopism lekarskich. Streszczenia piśmiennictwa zagranicznego. Świat lekarski polski (personalia). Notatki terapeutyczne.

* * *

ŻYCIE MEDYCZNE. Studenci Uniwersytetu Warszawskiego rozpoczynają wydawnictwo „Życia Medycznego" poświęconego sprawom społeczno-lekarskim.

* * *

MEDYCYNA WETERYNARYJNA Nr 7/45. Treść: Jubileusz naukowy prof. dr Alfreda Trawińskiego. — Adam Czarnowski: Studia nad epizootją pryszczycy w Polsce

w 1938/39 r. Znaczenie reakcji wiązania dopełniacza. — Józef Parnas: Szczepionka biliowana przeciw brucellozie. — Leo Erenberg: Nowoczesna diagnostyka bakteriologiczna materiałów zakaźnych. — Tenże: Statystyka epizoocjologiczna współczesnej Francji. — Streszczenia z prasy. — Dział lecznictwa i notat z praktyki. Zagadnienia zawodowo-społeczne. — Dział urzędowy Min. Roln. i Ref. Rol. — Z Państw. Instytutu Weter. w Puławach. — Z Wydziału lek. weter. Uniwersytetu M. C. S. — Coloquium Medicum.

* * *

WIADOMOŚCI STATYSTYCZNE. Pojawił się Nr 1 „Wiadomości Statystycznych" Głównego Urzędu Statystycznego z dn. 1 sierpnia 1945. Adres Red., Adm., Składu Głównego i sprzedaży: Warszawa, Główny Urząd Statystyczny. Narbutta 33.

Przyp. Red.: Świat lekarski oczekuje z wielkim zainteresowaniem danych statystycznych z ubezpieczeń społecznych i z działu zdrowia publ. Organizacja powszechnej służby zdrowia, równomiernie rozmieszczenie lekarzy w kraju, prowadzenie polityki populacyjnej, muszą opierać się na danych statystycznych.

* * *

KONKURS

na stanowisko ordynatora oddziału chorób wewnętrznych w Szpitalu Powiatowym w Będzinie
Województwo Śląsko-Dąbrowskie

Wydział Powiatowy w Będzinie ogłasza konkurs na stanowisko ordynatora oddziału wewnętrznego w Szpitalu Powiatowym w Będzinie na następujących warunkach:

1) Obywatelstwo Polskie,
2) Dyplom lekarski uznany przez Państwo Polskie,
3) Prawo wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim,
4) Dłuższa praca szpitalna na oddziale chorób wewnętrznych,
5) Umiejętność obchodzenia się z aparatem Roentgenowskim,
6) Znajomość prac laboratoryjnych.

Do stanowiska przywiązane są pobory według grupy VI-ej urzędników samorządowych wraz z dodatkami.

Wniosek wraz z życiorysem i uwierzytelnionymi odpisami dokumentów oraz zaświadczeń należy złożyć na ręce lekarza powiatowego w Będzinie w terminie do dnia 1 II 1946 r.

Przewodniczący Wydziału Powiatowego
Starosta
(B. Angier)

Nowy Sącz, dnia 20 XII 1945

Zarząd miejski w Nowym Sączu ogłasza

KONKURS

na stanowiska:

1) lekarza Miejsk. Wydz. Zdrowia,
2) 2 lekarzy dla zakładów dziecięcych przedszkoli i szkół powszechnych,
3) lekarza-dentysty szkolnego,
4) kierowniczki żłóbka, wyszkolonej w opiece nad niemowlętami,
5) higienistki szkolnej,
6) higienistki Ośrodka Zdrowia,
7) kontrolera sanitarnego z kursem dezynfektorskim.

Wynagrodzenia według Statutu pracown. samorządowych (VIII—X st. służb.) wraz z dodatkami i świadczeniami, ew. według umowy. Wysokość wynagrodzenia zależy od kwalifikacji zawodowych, nastawienia społecznego i wyników pracy.

Podania o nadanie powyższych stanowisk należy wnosić do Zarządu Miejskiego w Nowym Sączu w terminie od 10 stycznia 1945 r. z dołączeniem odpisów: metryki urodzenia, dowodu obywatelstwa polskiego, świadectw studiów i pracy, oraz własnoręcznie napisanego życiorysu.

Naczelnik M. Wydz. Zdrowia — Prezydent miasta
Dr Szymanek Zdzisław — A. Górka

NA WZNOWIENIE „PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO" ZŁOŻYLI:

500 zł

Doc. Dr J. Gasiński z Krakowa, Dr Jan Drozdowski z Krakowa, dr. Trawiński Marian z Sosnowca.

300 zł

Dr Czajkowski Wacław z Wodzisławia, Dr Przypkowski Feliks z Jędrzejowa.

200 zł

Doc. Dr Tadeusz Bilikiewicz z Kochorowa, Dr Perłowski Kazimierz z Krynicy, Dr Sędek z Jędrzejowa, Dr Wójcik z Małogoszczy i Dr Sielecki z pow. jędrzejowskiego, dr Gąsiorowski Stanisław z Kielc. Dr Juraszek Karol z Tarnowa.

150 zł

Dr Rusek z Jędrzejowa.

100 zł

Dr Czapliński Władysław z Mszany Dolnej.

Dr Skibniewski Tadeusz z Zakopanego, Dr Lisiecki z Czerwionki (pow. Rybnik). Dr Bielecki Ignacy z Rymanowa, Dr Szuldenfreiowa z Warszawy.

Wojew. Urząd Zdrowia w Krakowie wpłacił bezimiennie od lekarzy powiatu gorlickiego 1000 zł. Nazwiska zostaną ogłoszone w razie nadesłania Redakcji nazwisk ofiarodawców z wymieniem kwot.

Sprostowanie: W nrze 7 pod wierszem „zł 200" zamiast dr Oleśnicki Jan z Oleśnicy ma być: „Dr Słowikowski Jan z Oleśnicy".

Rok I Seria II Kraków Nr 11—12 (1—15 grudnia 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Lekarzy P. P., Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia. Organ publikacyjny Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11 a m. 11
Tel. 543-16
Konto P. K. O. Nr IV-310

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie Redaktor odpowiedzialny: dr J. Hozer

Rok I Seria II Kraków Nr 11—12 (1—15 grudnia 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Lekarzy P. P., Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia. Organ publikacyjny Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11a m. 11
Tel. 543-16
Konto P. K. O. Nr IV-310

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie Redaktor odpowiedzialny: Dr J. Hozer

Zeszyt poświęcony

Zjazdowi Delegatów Lekarzy Ubez. Społ. i Medycynie Społecznej

I. Ogólnopolski Zjazd Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych w Krakowie

Historia Zjazdu

Po sześciu z górą latach martwoty i po unieruchomieniu działalności organizacyjnej przez okupanta zaczęły wznawiać swoją działalność pojedyncze oddziały związków lekarzy. Wobec braku środków komunikacyjnych, a częstokroć wobec niemożności porozumienia się pisemnego, pojedyncze oddziały działały na własną rękę. We wszystkich ośrodkach dało się odczuć dążenie do scentralizowania ruchu zawodowego lekarzy.

Z końcem lipca b. r. na konferencji odbytej w Warszawie Prezes Warszawskiego zrzeszenia lekarzy U. S. dr Miłosz Grodecki i prezes krakowskiego Związku lekarzy Kas Chorych dr Gołąb ustalili konieczność połączenia wszystkich lekarzy pracujących w Ubezpieczalniach Społecznych w jedną organizację, chcąc w ten sposób stworzyć organizację, która mogłaby pertraktować z Ministerstwem Pracy i Opieki Społecznej i z ZUS w sprawach dotyczących rozbudowy Ubezpieczalni Społecznych i bytu lekarzy. Realizacja tego planu miała odbyć się na zjeździe, który miał być zwołany z początkiem września do Krakowa.

Tymczasem lekarze, którzy już przystąpili do Związku Zawod. Pracowników Służby Zdrowia ustanowili zwołanie Ogólnopolskiego Zjazdu lekarzy na koniec września do Łodzi, na którym miała obradować Sekcja lekarzy Ubezpieczalni Społecznych. Zapowiedziany zjazd w Łodzi nie doszedł do skutku z powodu zakazu C. K. Z. Z.

Wobec czego Warszawski Komitet Organizacyjny Ogólnopolskiego Związku Lekarzy Ubezpieczalni Społecznych postanowił jednogłośnie dnia 21 9 1945 wybrać na miejsce Zjazdu Lekarzy Ubezpieczalni Społecznych miasto Kraków, a na przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego powołać dra Jana Kazimierza Gołąba.

W wykonaniu tej uchwały Związek Lekarzy Kas Chorych w Krakowie zwołał na dzień 3 i 4 XI b. r. I. Ogólnopolski Zjazd Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych z następującym porządkiem dziennym:

1) Sprawa bytu lekarzy U. S.
2) Utworzenie ogólnopolskiego Związku Lekarzy U. S.
3) Powszechna służba zdrowia.
4) Podporządkowanie lecznictwa U. S. Ministerstwu Zdrowia.
5) Wolne wnioski.

Regulamin Zjazdu:

I. Obrady Zjazdu odbywają się w lokalu „Kuźnicy" Rynek Główny 16.
II. Obrady trwają od godz. 9.30 do godz. 17-tej z przerwą celem spożycia posiłku na miejscu.
III. Każdy delegat otrzymuje przy wejściu na salę legitymację uprawniającą do oddania przysługującej ilości głosów.

IV. § 1. Prawo przemawiania przysługuje zarówno delegatom jak i zaproszonym gościom.

§ 2. Czas trwania przemówień: Referaty główne do 30-tu minut. Korreferaty do 20-tu minut.

§ 3. W dyskusji nad referatem lub wnioskiem wolno zabierać głos najwyżej dwukrotnie. Pierwsze przemówienie 5 minut, następne 3 minuty.

§ 4. W głosowaniu biorą udział tylko delegaci lekarzy Ubezpieczalni Społecznych.

§ 5. Delegat Ubezpieczalni Społecznej, w której pracuje do 50-ciu lekarzy posiada prawo oddania jednego głosu.

§ 6. Przy większej liczbie lekarzy a nie wysłaniu odpowiedniej ilości delegatów (jeden delegat na każdą rozpoczętą 50-tkę) obecny na Zjeździe delegat jest uprawniony do oddania przysługującej ilości głosów.

Na Zjazd przybyło 46 delegatów reprezentujących 1484 lekarzy z następujących Ubezpieczalni Społecznych:

1) Białystok: dr Zabłocki Adam, dr Jaruzelska Wanda.
2) Bielsko: dr Stawiński Tadeusz.
3) Bydgoszcz: dr Zubczewski Adam, dr Tadlewski Edward.
4) Bytom: dr Baborski Otmar.
5) Chorzów: dr Garbień Józef.
6) Chrzanów: dr Schimmer Seweryn.
7) Częstochowa: dr Jaroń Włodzimierz, dr Grzybowski Czesław, dr Szaniawski Paweł.
8) Gdańsk-Gdynia: dr Janusz Wiktor.
9) Inowrocław: dr Mierosławski St.
10) Katowice: dr Hanke Edward, dr Zawadzki Witold.
11) Kielce: dr Paszkiewicz Aleksander.
12) Krosno: dr Hoduńko Włodzimierz.
13) Łódź: dr Sienkiewicz Bolesław, dr Magalif Jakub, dr Chęciński Tadeusz.
14) Ostrowiec Kielecki: dr Metelski Norbert.
15) Pabjanice: dr Piotrowska Milena.
16) Płock: dr Szurzec Antoni.
17) Poznań: dr Mąkowska Maria, dr Frąckowiak Tadeusz.
18) Radom: dr Waga Franciszek, dr Perzanowska Stefania.
19) Rybnik-Pszczyna: dr Stefański Wacław, dr Szymański Antoni.
20) Sosnowiec: dr Starzyński Sław., dr Trawiński Marian.
21) Tarnów: dr Śnieżko Tadeusz.
22) Toruń: dr Michałowski Benj.
23) Warszawa: dr Martyński Stanisław, dr Grodecki Miłosz, dr Wilczyński Jerzy, dr Olesiński Ignacy.
24) Włocławek: dr Breyer Felicjan, dr Białecki St.
25) Żyrardów: dr Kolski Stanisław, dr Bocheński Wacław.
26) Kraków: dr Spoczyńska Jadwiga, dr Polaczkówna Elżbieta, dr Trzebicka Stefania, dr Liwszyc Stanisław, dr Swat Adam.

Przebieg Zjazdu

Zjazd otworzył prezes Krakowskiego Związku Lekarzy Ub. Społ. dr Gołąb, podnosząc fakt, że jest to pierwszy Ogólnopolski Zjazd Lekarzy Ubezp. Społecznych, dlatego też w czasie obrad oczekiwać należy ważnych uchwał, dotyczących nie tylko udoskonalenia lecznictwa, poprawy bytu lekarzy, lecz i zorganizowania lekarzy Ubezp. Społecznych.

Przez powstanie i 1 minutowe milczenie zebrani uczcili pamięć zmarłych Kolegów Lekarzy Ubezpieczalni Społecznych.

Następnie dr Gołąb wita przybyłych na Zjazd Delegatów przedstawicieli a to: dyr. Departamentu dra Modlińskiego i dra Wernickiego z Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, dra Grynberga dyrektora departamentu Ministerstwa Zdrowia, dra Krygera komisarza i dra Stawińskiego, lekarza naczelnego Z. U. S., dra Ciećkiewicza z Krak. Izby Lekarskiej, dra Marcinkowskiego Prezesa Rady Ubezpieczalni Społ., prof. dra Rutkowskiego, prezesa Zw. Lek. R. P., p. mgra Kerca przedstawiciela Dyrekcji Ub. Społecznej w Krakowie i p. Filipkiewicza, prezesa Zawod. Związku Pracowników Instyt. Ub. Społecznych w Krakowie.

Imieniem Min. Pracy i Opieki Społecznej wita Zjazd Lekarzy Ub. Społecznych dyr. Modliński podnosząc ogrom zadań, stojących przed zebranymi, chodzi bowiem nie tylko o odbudowę Ubezpieczeń chorobowych pracujących mas, lecz i o profilaktykę w dziedzinie zdrowia świata pracy. W odrodzonym państwie istnieją duże braki, wszystkie jednak trudności dadzą się pokonać, o ile tylko z całym sercem do tego się zabierzemy. W tym duchu życzy Uczestnikom Zjazdu powodzenia w obradach.

Zabiera głos dr Grynberg: Ministerstwo Zdrowia z wielkim zadowoleniem przyjęło zaproszenie Kolegów. Aczkolwiek nie jestem lekarzem Ubezpieczalni, proszę Was o przyjęcie mnie, na czas Zjazdu, do swego grona. Na tym Zjeździe będziecie obradowali nad szeregiem zagadnień nader doniosłych dla pomocy lekarskiej w Polsce, a w szczególności dla ludności pracującej. Z całą uwagą będę się przysłuchiwał Waszym obradom, a jeżeli zezwolicie, od czasu do czasu zabiorę głos w dyskusji, aby oświetlić jak wyglądają poruszone przez Was zagadnienia, na warsztacie pracy ministerialnej.

W imieniu Ministra i Ministerstwa życzę Wam owocnej pracy.

Przemówienie Komisarza Z. U. S. dra Krygiera: Imieniem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych witam Panów najserdeczniej i dziękuję za uprzejme zaproszenie. Pan dr Stawiński, lekarz Naczelny ZUS i ja przyjechaliśmy tutaj na Zjazd, by uczestniczyć w obradach, których wyniki śledzić będziemy ze zrozumiałym zainteresowaniem.

Pan dyrektor Modliński nakreślił już w swym przemówieniu wytyczne polityki Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej w dziedzinie ubezpieczeń społecznych. Rzecz zrozumiała, że wytyczne Ministerstwa są obowiązujące i dla naszego Zakładu.

Chciałbym imieniem Zakładu zwrócić uwagę na nową zupełnie problematykę w dziedzinie ubezpieczeń społecznych. Nowość tych zagadnień jest najlepszym dowodem przemian społeczno-gospodar-

czych, które dokonują się w naszych oczach. Z tym faktem musi się liczyć rzecz oczywista i świat lekarski, jeżeli chce być czynnikiem żywym i aktywnym — a nie wątpię, że tak jest — w naszym organiźmie państwowym.

Stoją przed nami w dziedzinie ubezpieczeń społecznych, a więc i przed światem lekarskim, nowe zagadnienia, których rozmiarów i skutków nie potrafimy przewidzieć.

Nie chcę mówić o objawach takich jak np. przerażający brak leków i ich wysoka cena. Ten straszliwy stan zmusza świat lekarski do dostosowania się, choćby contre coeur, do stanu obecnego w pracy codziennej. Ale są to objawy przemijające.

Zdarzeniem najważniejszym będzie w najbliższym czasie dekret Rady Narodowej o rozciągnięciu ubezpieczenia na wypadek choroby na robotników rolnych.

Okupant pozostawił nam ubezpieczenia społeczne w stanie zupełnej ruiny. Chcemy i musimy odbudować ubezpieczenia społeczne nie tylko w zakresie z przed września 1939 r., ale zbudować nowe ubezpieczenia społeczne na zupełnie innych podstawach. Punktem wyjścia tych nowych ubezpieczeń społecznych musi być la realité des choses, przeświadczenie, że w Polsce 1945 r. dokonała się olbrzymia przemiana, która zaważy na losie naszym i pokoleń następnych. Podstawą naszej pracy jest założenie, iż instytucje ubezpieczeń społecznych są dobrem ideowym i materialnym powierzonym nam przez ubezpieczonych, a więc przez świat pracy w imię jego potrzeb i dążeń. Z tych założeń wychodząc, chcemy zbudować gmach nowy, który się nazywa zabezpieczeniem całej ludności R. P.

Na tej drodze chcielibyśmy się spotkać ze światem lekarskim, by drogi nasze tj. nas ubezpieczeniowców i lekarzy były drogą wspólną. Pragniemy, by lekarz był nie tylko lekarzem ordynującym dłużej lub krócej, płatnym lepiej lub gorzej, lecz czynnikiem współodpowiedzialnym za całość i współpracę całości instytucji.

Pragnęlibyśmy, by obrady dzisiejsze, zakrojone bardzo szeroko, dały nam odpowiedź na te pytania, które są przedmiotem problematyki ubezpieczeń społecznych dnia dzisiejszego.

Imieniem Zarządu Izby Lekarskiej w Krakowie powitał Zjazd dr M. Ciećkiewicz. Izba Lekarska będzie śledziła przebieg obrad z prawdziwym zainteresowaniem, albowiem I. Zjazd Lekarzy U. S. jest wyrazem dążności do konsolidacji stanu lekarskiego. Życząc Zjazdowi owocnych obrad, dla uzyskania tej konsolidacji w interesie szerokich rzesz ubezpieczenych oraz samego zawodu, odpowiedzialnego za zdrowie społeczeństwa, wierzy, że Zjazd wypełni pokładane w nim nadzieje.

Dr Marcinkowski imieniem Rady Ubezpieczalni Społecznej podnosi znaczenie konsolidacji świata lekarskiego, przez co wspólnym wysiłkiem zostaną osiągnięte lepsze wyniki w leczeniu i zapobieganiu chorobom szerokich warstw pracujących.

Mgr Kerc uważa że zwołanie Zjazdu w okresie, gdy świat pracy realizuje swoje postulaty było wskazane. Zdrowie dla pracujących mas, to hasło świata pracy a lekarze Ubezp. Społ. są komórką w zrealizowaniu tego hasła.

P. Filipkiewicz im. Zaw. Zw. Prac. Instyt. Społ. wita Zjadz Lekarzy i życzy owocnych obrad. Podnosi, że mimo trudności pracy lekarzy Ub. Społ. w czasie okupacji, wszyscy lekarze ratowali ubezpieczonych przed okupantem z narażeniem się i poświęceniem. Podnosi patriotyzm lekarzy Ub. Społ. w tym okresie.

Jako przewodniczących Zjazdu wybrano: dra Martyńskiego, dra Stefańskiego i dra Gołąba, jako sekretarzy: drów Hozera, Swata, Polaczkową i Cikowskiego.

Dr Gołąb odczytuje porządek dzienny obrad Zjazdu:

1) Sprawa bytu lekarzy.

2) „ Organizacji Lekarzy Ubezpieczalni Społecznych.

3) Powszechna służba zdrowia.

4) Podporządkowanie lecznictwa Ubezpieczeń Społecznych Ministerstwu Zdrowia.

5) Wolne wnioski.

Porządek dzienny przyjęto jednogłośnie.

Wniosek dra Jaronia by punkt 2 porządku dziennego przenieść na dzień 4 XI przepadł w głosowaniu.

Kolega Biberstein wygłasza referat:

Sprawa bytu lekarzy U. S.

Położenie materialne lekarzy Kas Chorych a później Ubezpieczalni Społecznych było zawsze ciężkie, a płaca lekarza pokrywała zaledwie 50% jego minimum utrzymania.

Na wszystkich konferencjach o wytyczne do umów z lekarzami, które to pertraktacje trwały blisko dziesięć lat, gdyż rozpoczęły się jeszcze z początkiem 1930 r. po znanej konferencji świata lekarskiego, zwołanej przez ówczesnego Min. Pracy i Opieki Społecznej Prystora — przedstawiciele Kas Chorych, a później Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zapewniali przedstawicieli i delegatów lekarzy o najszczerszych chęciach i dążeniach zapewnienia lekarzom U. S. minimum utrzymania.

Zapewnienia te okazały się później narzuceniem lekarzom warunków pogrążających ich w jeszcze większą nędzę.

Poza zupełnym zniesieniem stabilizacji, skróceniem okresu urlopu wypoczynkowego ustaleniem etatu (1 lekarz na 3000 ubezpieczonych) itp., ustałono pobory procentowe zależne od przypisu składek za poprzedni kwartał. Odsetek na pobory lekarskie wynosił 10%. W pojedynczych Ubezpieczalniach dochodził wprawdzie do 13%, ale pobory te wynosiły w r. 1934 około 300 zł miesięcznie i stanowiły zaledwie 40% minimum utrzymania, a były o 30% niższe, niż w latach 1931—1933.

Lekarze zależni byli od Komisarzy i Naczelnych Lekarzy U. S. wzgl. od stosunków panujących w danej U. S.

Ustabilizowanie poborów po r. 1934 poprawiło nieco sytuację lekarzy, wprowadzając wraz z systemem lekarzy domowych 5-cio godzinny dzień pracy, płacę od 445— do 667,50 zależnie od lat pracy w U. S. ale i ta płaca stanowiła zaledwie 60% minimum utrzymania.

Rokowania o wytyczne trwały blisko 10 lat, ale ówczesnym ubezpieczeniowcom nie udało się ze-

pchnąć lekarzy do czynnika drugorzędnego, jakkolwiek przez przedłużenie pertraktacji pogrążyli lekarzy w straszą nędzę i kłopoty materialne. Sprawa przeszła do Naczelnej Izby Lekarskiej, która po wielu konferencjach pod wpływem groźby redukcji lekarzy do 1700 w całej Polsce podpisała w październiku 1933 wytyczne, wbrew wyraźnym zastrzeżeniom ze strony Izby Lekarskiej Krakowskiej, którą reprezentował dr Ciećkiewicz. Wytyczne te odczuli lekarze ubezpieczalni jako wielką krzywdę. Zniesiono prawa nabyte przez lekarzy, zniesiono prawie stabilizację, ustalono etat 1 lekarz na 3000 ubezpieczonych, wprowadzono procentowe wynagrodzenie od przypisu składek, kary dyscyplinarne obniżające wynagrodzenie do 50%, jakoteż zwolnienie z pracy bez odprawy i wypowiedzenia itp.

Naczelna Izba Lekarska szybko spostrzegła niezadowolenie i nędzę lekarzy i już po kilku miesiącach wypowiedziała częściowo wytyczne z procentowymi płacami lekarzy i wyłoniła do pertraktacji delegację, w skład której wchodzili przedstawiciele wszystkich Izb Lekarskich.

Przedstawicielstwo to doprowadziło do prestiżowego zwycięstwa tj. do parafowania wytycznych usuwających częściowo krzywdy, a przede wszystkim wynagrodzenie procentowe zależne od przypisu składek. Te korzystniejsze wytyczne niestety nie weszły w życie, gdyż zarząd N. I. L. tych wytycznych nie zatwierdził wbrew żądaniu upełnomocnionej delegacji.

Rozpoczęły się znowu rokowania i konferencje, wypowiedzenia i zatargi, trwające z przerwami do końca 1937 r. W powstałej Głównej Komisji Lekarzy U. S. też były duże rozbieżności, które przeszkadzały w zgodnej współpracy.

Płace lekarzy spadły tak, że w niektórych Ubezpieczalniach nie tylko nie stanowiły minimum utrzymania, ale stały się w pełnym tego słowa znaczeniu poborami głodowymi. Stosunek lekarzy do U. S. rozluźnił się i zepsuł. Nakazem chwili było jak najszybsze unormowanie stosunków między U. S. a lekarzami przez zawarcie obowiązującej obie strony umowy. Długotrwałe rokowania, w których brali udział przedstawiciele wszystkich organizacji lekarskich doprowadziły wreszcie w czerwcu 1938 r. do całkowitego porozumienia w przewlekającej się od wielu lat sprawie umów dla lekarzy U. S.

Stworzono w ten sposób podstawy do zbiorowego, nowego unormowania warunków pracy kilkutysięcznej rzeszy lekarzy ubezpieczeniowych, którzy stanowili trzecią część lekarzy w Państwie. Wprawdzie niektóre sfery próbowały jeszcze obalić osiągnięte porozumienie pod pozorem finansowego załamania się ubezpieczeń społecznych i konieczności obniżenia świadczeń dla ubezpieczonych na skutek podwyższenia poborów lekarskich, ale spowodowało to tylko zwłokę, a w końcu i te trudności pokonano dzięki jednolitej postawie lekarzy i zasady ogólne obowiązujące od 1 I 1939 podpisano w lutym 1939 roku, zamykając w ten sposób blisko 10 lat trwające rokowania, w którym to czasie tyle krzywd wyrządzono lekarzom.

Osiągnięte porozumienie, które przyniosło znaczną poprawę warunków pracy lekarzy U. S. zarówno z punktu widzenia zawodow-lekarskiego, jak i ogólno społecznego, zostało powitane przez świat lekarski z prawdziwą ulgą i zadowoleniem. „Zasady Ogólne" są dużym sukcesem świata lekarskiego, a w szczególności naszej organizacji tj. Zw. Lek. K. Ch. który był przez cały czas duszą tych pertraktacji. Sukces osiągnięto tylko dzięki jednolitej i nieugiętej postawie przedstawicieli lekarzy. „Zasady Ogólne" zapewniały bowiem po raz pierwszy w wolnej Polsce minimum utrzymania pełno zatrudnionemu lekarzowi. Wprowadziły wynagrodzenie 5—8 zł za godzinę pracy zależnie od warunków miejscowych. Trzechletnie dodatki starszeństwa, dzięki którym lekarz już po 15 latach otrzymywał pobory o 50% wyższe. Urlopy wypoczynkowe przedłużono do 6 tygodni już po 10 latach pracy, Przywrócono stabilizację, przy czym ilość stabilizowanych lekarzy ustalono na 55—75% ogółu lekarzy i wprowadzono szereg innych dodatnich warunków pracy.

Zasady te, obowiązujące dotychczas, niewątpliwie poprawiły byt lekarzy i poza mnożną w cenniku nie wymagają żadnej zmiany. Jeżeli zauważymy, że lekarz młody, rozpoczynający pracę w U. S., otrzymał jako minimum 625 zł i 100 zł na gabinet miesięcznie, a zatem 725 zł a lekarz starszy 1,087 zł, to stanowiło to już minimum utrzymania, jakkolwiek b. skromne; w niektórych U. S. gdzie stosunki miejscowe na to zezwalały, uposażenia były nawet wyższe.

Dla przykładu przypatrzmy się skromnym kosztom utrzymania rodziny przed wojną:

Rodzina składająca się z 2 osób wraz ze służbą potrzebowała na utrzymanie około 700,— zł — rodzina z 4 osób około 1,000,— zł. Brak w tym zestawieniu wydatków na urlop wypoczynkowy.

„Zasady ogólne" mają też duże znaczenie moralne, gdyż zapewniając lekarzowi minimum utrzymania, wiążą lekarzy z instytucją, której oddają swe najlepsze siły i stabilizują stanowisko lekarza uniezależniając je od czynnika niefachowego wśród administracji. „Zasady" nie czynią z lekarzy urzędników, lecz w drodze umowy zapewniają im uprawnienia należne z tytułu wykonywania ciężkich obowiązków zawodowych i społecznych.

Podnoszą prócz tego autorytet lekarza naczelnego, dotychczas często podważany. Przed ich wprowadzeniem nie miał lekarz naczelny oparcia, ani o zespół lekarski, bo ten uważał go za narzędzie administracji, ani w administracji, bo ta ograniczała go, gdzie tylko się dało. W myśl „Zasad ogólnych" Lekarz Naczelny mając przewagę w komisjach kwalifikacyjnych, dyscyplinarnych, stabilizacyjnych itd. ma możność wyboru, jako czynnik fachowy najlepszych kandydatów i w sposób odpowiedzialny łatwiej postawić może lecznictwo na odpowiednim poziomie Również i autorytet Rad Lekarskich uległ wzmocnieniu.

Ubezpieczalnie nie mogą pracować ku zadowoleniu ubezpieczonych przy pomocy źle wyposażonych i niezadowolonych lekarzy. Świadomość nędznego wynagrodzenia lekarzy podkopywała zaufanie ubezpieczonych do instytucji i do medycyny społecznej w ogóle. Ubezpieczony nie wierzył w rzetelne zajęcie się nim lekarza, opłacanego groszami, zależnego od administracji, niestałego i często zmienianego.

Zasady ogólne przyczyniają się do wzmożenia wydajności pracy w tym znaczeniu, że lekarz dobrze wynagradzany, dobrze sytuowany, stabilizowany, z instytucją związany i nieprzeciążony, będzie mógł instytucji oddawać największą część swych sił i zapału. Gdy ta praca zapewni mu minimum utrzymania, nie będzie musiał szukać innych zajęć zarobkowych, a tym samym kumulować posad dla zapewnienia sobie bytu. Lekarz kumulujący posady, nie może żadnej w całości się poświęcić, a tego wymaga dobro każdej pracy. Jeżeli „Zasady ogólne", zapewniające minimum utrzymania pozwolą na to, by lekarz nie był zmuszony do kumulowania posad, to odbije się to korzystnie na zdrowiu publicznym.

Dobre warunki pracy i płacy lekarza powinny korzystnie odbić się na zdrowotności kraju, gdyż zachęcają one lekarzy do osiedlania się na prowincji i przez to do równomiernego rozdzielenia lekarzy w kraju, co jest zresztą celem i duchem ustawy o praktyce lekarskiej.

Zasady ogólne niestety nie weszły w życie. 1 IX 1939 r. wybuchła wojna i pokładane w nich nadzieje nie mogły się urzeczywistnić.

Okres okupacji minął pod znakiem teroru i bestjalstwa w stosunku do lekarzy U. S.

Okres powojenny zastał nas w innych, znacznie korzystniejszych warunkach. Mamy znowu obowiązujące „Zasady ogólne" i pełne zrozumienie ze strony Ministerstwa Pracy i Op. Społ., jakoteż Z. U. S. U. Należy tylko art. 11 „Zasad Ogólnych" zmienić o tyle, by zaopatrzyć go w odpowiedni mnożnik, by zapewnić lekarzowi minimum utrzymania, a wtedy wszelkie dodatnie strony „Zasad Ogólnych" dopiero co wymienione, wejdą w życie.

W ciężkich obecnych chwilach, kiedy na każdym kroku należy ograniczać się i oszczędzać, kiedy pewne wydatki przedwojenne stały się wprost przeżytkiem, trzeba nasze pobory doprowadzić do minimum utrzymania tzn. do wysokości conajmniej odpowiadającej średniemu wzrostowi składek ubezpieczeniowych w porównaniu z rokiem 1939. I tak np. w Krakowie mnożnik powinien być 7. Przy 7-mio krotnej podwyżce pobory pełnozatr. lekarza wynosiłyby przy stawce zł 5 na godzinę w r. 1939 zł 4,375 (godzina zł 35; przy 5-ciu godzinach zł 175 dziennie, 25 dni w miesiącu) a pobory najstarszego lekarza pełnozatr. z wszystkimi dodatkami starszeństwa zł 6,562. Zwrot za mieszkanie należałoby ustalić w wysokości 50% faktycznych wydatków na mieszkanie, opał, światło i pomoc domową, tj. na 1,200 zł. Ponadto należałoby wprowadzić zwrot kosztów za używanie instrumentarium lekarskiego w wysokości 500,— zł miesięcznie i dodać pielęgniarską siłę pomocniczą wzgl. ekwiwalent na ten cel.

Jakież są obecne wydatki na skromne utrzymanie? Przyjmując przeciętną rodzinę złożoną z 3—4 osób wydatki wynoszą:

wikt (licząc tylko 200 zł do 250 zł dziennie)	6,000— 7,500,— zł
opał, światło, mieszkanie . . .	1,500
służba	1,000
Izba lek., Tow. Lekarskie, gazeta, telefon, inne	1,500
	10,000—12,500,— zł

Jak widzimy, pobory najstarszego lekarza nie przekraczają najskromniejszych i najniezbędniejszych wydatków domowych, przy czym nie wzięto pod uwagę wydatków na ubranie, buty, a nawet na naprawki, wydatki tego rodzaju jak pranie bielizny, mydło i szereg innych codziennych, a koniecznych wydatków.

Wszystkie wydatki musiałyby być pokryte albo z oszczędności w poszczególnych wydatkach, albo z innych źródeł dochodu, jak niezbaczna praktyka prywatna, przy czym należy się liczyć ze stołówką. Poza tym należy dążyć do tego, by tak U. S. jakoteż powstający Związek poczynił starania o przydziały dla lekarzy U. S. produktów żywnościowych. Tak wyposażony lekarz byłby w przybliżeniu lekarzem w myśl obowiązujących od 1939 r. „Zasad Ogólnych". a „Zasady Ogólne" jako umowa stanęłyby na wysokości zadania, jakie spełnić winny w stosunku do instytucji lekarzy i ubezpieczonych.

Budżet U. S. pomieści odpowiedni mnożnik z uwagi na podwyższoną składkę, jak również z uwagi na rosnącą powszechność ubezp. społ., świadczenia dla ubezpieczonych wskutek tego nie ucierpią, jak się w 1939 r. obawiały tego niektóre sfery. Referent kończy wnioskiem:

Zjazd poleca Komitetowi Wykonawczemu przeprowadzenie pertraktacyj, z Z. U. S. dla ustalenia mnożnika do poborów z r. 1939.

Dyskusja:

Dr Martyński podnosi, że wkład pracy lekarzy krakowskich i lwowskich w walce o „Wytyczne do umów z Lekarzami Ub. Spol." był bardzo duży, ale także i okręgi zachodnie wniosły dużo w tę walkę, czego najlepszym dowodem jest to, że ostatecznie wywalczone „Zasady ogólne" choć nie idealne stały się możliwe do podpisania przez Związki Lekarskie.

Dr Stefański przypomina swoją pracę w uzgadnianiu wytycznych. Załamania w układaniu wytycznych były wynikiem braku organizacji świata lekarskiego. Żąda zrównania lekarzy z innymi pracownikami, odnośnie do różnych świadczeń. Lekarz za swoją pracę powinien otrzymać wynagrodzenie, za które mógłby wyżyć.

Imieniem lekarzy warszawskich dr Wilczyński żąda specjalnych dodatków dla lekarzy, pracujących w Ubezp. Warszawskiej, ze względu na szczególne straty jakie ponieśli lekarze warszawscy.

Kol. Hanke w krótkim referacie przedstawia stosunki panujące na Śląsku: Związek Zawodowy Lekarzy Województwa Śląsko-Dąbrowskiego zawarł dnia 15 VIII 1945 r. umowę z Komisarzem Organizacyjnym Ubezpieczalni Śląskich, działającą wstecz od dnia 1 IV b. r. Umowa ta jest umową „o dzieło" i obowiązuje Ubezpieczalnię Katowicką, Chorzowską, Rybnicką, Tarnogórską, Bytomską, Zabrską, Gliwicką i Opolską, liczące razem koło 300.000 członków. Zakład Ubezpieczeń w Łodzi zatwierdził tę umowę. Po jej myśli oddają wspomniane Ubezpieczalnie 20% wpływów składkowych z ubezpieczenia chorobowego do Biura Rozliczeń Związku Lekarzy. Biuro to rozdziela tę kwotę między m. w. 250 lekarzy proporcjonalnie do ilości kart porad

uzyskanych przez nich, przy czym wartość punktowa kart porad obniża się przy większych ilościach do $^{1}/_{5}$. Nadto punktuje się poważniejsze zabiegi, wyjazdy, stan rodzinny, a niebawem i wysługę lat. Karta porady jest ważną na przeciąg bieżącego kwartału kalendarzowego. Ogranicza ona w tym terminie istniejący wolny wybór lekarza. Umowa ma strony dodatnie i ujemne.

Do pierwszych należy zaliczyć to, że zadowala ubezpieczonych, którzy udają się do tych lekarzy, do których mają zaufanie (związki robotnicze domagały się radykalnie utrzymania wolnego wyboru lekarza, istniejącego na Śląsku od r. 1918), a przez istniejącą konkurencję podnosi wybitnie poziom lecznictwa. Ujemną stroną jesz to, iż system ten zmniejsza w znacznym stopniu praktykę prywatną, bo nie wytwarza niezadowolonych, a dalej, iż lekarz pokrywa z wynagrodzenia podatek i koszta własne (leczenie odbywa się w gabinecie prywatnym).

Przeciętny dochód lekarza brutto wynosił w III kwartale złotych 2.000.— miesięcznie.

Dr Jędruszek podaje stan zarobków lekarzy w Białostockim. Wyjaśnia, że praca tam trudna, a płaca za mała. Płacą im 15,— zł za godzinę pracy, nie dostarczają środków lokomocji. Lekarze muszą przyjmować chorych poza godzinami przyjęć bez specjalnego wynagrodzenia i wykonywać zabiegi; domaga się podwyżki. Ub. Społ. krzywdzi tamt. lekarzy, — stąd niektórzy porzucają pracę. Lekarze powinni korzystać również z przydziałów aprowizacyjnych i tekstylnych.

Dr Jaruzelska uzupełnia sprawozdanie dra Jędruszka o U. S. białostockiej. Lekarze nie mają warunków bytu. Mówczyni ma np. obsłużyć 20.000 ubezpieczonych i za to jako jedyna specjalistka pobiera 700—800 zł mies. Wskutek tego wraz z rodziną żyje dosłownie w nędzy i nie może sprawić sobie nawet bucików. Nie pozostaje jej nic innego, jak rzucić Ubezpieczalnię z konieczności, o czym zresztą myślą i inni lekarze. Inne instytucje płacą wielokrotnie więcej (np. 125,— zł za godzinę). Chociaż nie chciałaby porzucać pracy w U. S. będzie to jednak musiała uczynić. Związek powinien wzrócić się do władz ubezpieczeniowych, aby nad tą sytuacją się zastanowiły i pomyślały o skutkach takiego stanu rzeczy. Wielu lekarzy już odeszło i wielu jeszcze odejdzie. Mówczyni prosi i żąda podniesienia płac do wysokości bardziej proporcjonalnej do cen artykułów spożywczych, oraz świadczeń rzeczowych, które otrzymuje cała administracja ubezpieczeniowa, nie wyłączając pomywaczek i woźnych. Nie otrzymują nic tylko lekarze, którzy wszystko z siebie oddają dla pracy społecznej.

Dr Stawiński — lekarz naczelny Z. U. S. stwierdza, że stosunki w Białymstoku nie są jeszcze uregulowane. Ze strony Z. U. S. podjęta została inicjatywa poprawy bytu lekarzy. Jednak składka ubezpieczeniowa wzrosła tylko 4—5 krotnie, a wydatki, choćby tylko na lekarzy i szpitale, wynoszą często 70% a nawet 80% (są przypadki że 90%). Wpływ składek nie odpowiada zupełnie potrzebom. Władze jednak z całym zrozumieniem podejmą dyskusję nad poprawą bytu lekarzy.

Dr Mąkowska (Poznań) Poznań cytuje inny mnożnik, a mianowicie „20", przyjęty w Poznaniu jako obowiązujący dla praktyki prywatnej. Dla instytucji państwowych i samorządowych mnożnik wynosi 10 i ten chcemy zaproponować. Za gabinet i pomoc proponowalibyśmy 500,— zł z tym, że resztę dopłaca lekarz. Kwartalna karta porady od pacjenta 30,— zł.

Dr Breyer (Włocławek). Chodzi nam nie tylko o kieszeń własną, ale w Ubezpieczalni są stosunki takie, że lekarzy jest 30 a urzędników administracyjnych 70. Za taką płacę, jaką otrzymuje lekarz, w ogóle nie opłaca się praca, ale lekarze pracują dalej ze względów czysto społecznych. Wprowadzono teraz instytucję lekarzy fabrycznych. Kierownik przychodni dostaje 900—1,000,— zł. Fabryka płaci 3,000 zł za pracę 2 godzinną, inna 4,000 zł. Lekarze U. S. jednak pobierają nadal swoje głodowe płace. Apteki biorą ogromne sumy za leki, lekarz dostaje ochłapy. Stawka za godzinę pracy we Włoclawku wynosi 12 zł.

Dr Jäger (Kraków). Lekarze U. S. pracujący w szpit. Narutowicza nie uczestniczą w przydziałach żywnościowych i tekstylnych, jakie otrzymują pracownicy administracyjni. Takie ustosunkowanie się władz ubezpieczeniowych musi ulec zmianie. Pobory najniższego pracownika szpitalnego przekraczają dwukrotnie płace asystenta szpitalnego.

Dr Chęciński (Łódź). Na 133.000 ubezpieczonych jest w U. S. zaledwie 46 lekarzy domowych. W chwili wyjścia okupantów było ich 80. Stawka wynosiła 150 zł za godzinę w stosunku miesięcznym, potem 300. Potem zaczęła się kampania Związku. Stawka podniosła się do 600 zł w stosunku miesięcznym, co przy 5 godzinnym zatrudnieniu wynosiło 3000 zł. Za mieszkanie dodatek tylko 150 zł. Lekarze zaczęli w Łodzi uciekać z U. S. Będziemy proponować system lecznictwa z dopuszczeniem wszystkich lekarzy łódzkich do pracy w U. S. z tym, że z pracy w U. S. mogą być zwolnieni tylko ci lekarze, którzy wykażą, że dotychczasowy ich wkład w pracę społeczną jest dostateczny, aby ich zwolnić.

Dotąd U. S. płaci 4—5% na lekarzy. Jeżelibyśmy zastosowali reorganizację w powyższym sensie i zażądali 20%, wówczas rozporządzalibyśmy funduszami, któreby poprawiły warunki finansowe lekarzy, a równocześnie mielibyśmy wolny wybór lekarza dla robotników. Obecnie pacjenci nieraz po 3 dni czekają na wizytę lekarską.

Dr Schimmer (Chrzanów). Na Śląsku są lekarze, którzy zarabiają 12—14,0000 zł. W tym samym Zagłębiu Przemysłowym warunki egzystencji młodych lekarzy (a młodych jest 90%) są takie, że uposażenie specjalisty wynosi 1250, lekarza domowego 2200 zł za 5 godzin pracy. Tuż obok w Mysłowicach sprawa wygląda zupełnie inaczej. Gdyby się przestrzegało tego minimalnego procentu (11,5% przypisu), byłoby inaczej. Wpływy Ubezpieczalni wynoszą 1,000.000, a pobory lekarzy nie przekraczają 5%. Przy 11,5% byłyby 2 razy wyższe. Przy 15—20% warunki egzystencji lekarzy stałyby się możliwe. Mnożnik proponowany przez kol. Bibersteina nie załatwia sprawy minimum egzystencji. 4.000,— zł nie rozwiązuje egzystencji lekarza. Wydatki rze-

czowe w wysokości 1200,— zł to nie wystarczy. W Chrzanowie Koledzy z ośrodków górniczych twierdzili, że do wydatków rzeczowych dokładają całą pensję lub jeszcze więcej. Dla nas pojęcie praktyki prywatnej nie istnieje. Jesteśmy związani tylko z U. S. i tylko z tego żyjemy. Analizowaliśmy wydatki rzeczowe (np. czynsz 200 zł, światło wg rachunków przez nas płaconych po 10 zł za kilowat, tj. 200 zł, opał 600 zł za tonę, itd. Frekwencja dzienna pacjentów dochodzi do 100. Musi więc być obsługa; utrzymanie jej 1000 zł, podatek 300 zł. Siła pomocnicza musi być. Za to U. S. nic nie zwraca. Musi być również telefon, potrzeba środków czystości. Wszystko to daje około 2200,— zł a nie 1200,— zł, jak podaje dr Biberstein. Nie tylko lekarzom kosztów tych się nie zwraca, ale nawet nie spotykają się z najmniejszym uznaniem. Na terenie związków zawodowych lekarzy ustawicznie się atakuje. Na jednym z tego rodzaju zgromadzeń dyrektor powiedział, że lekarze sabotują. To była oczywiście woda na młyn związków zawodowych. Musieliśmy dopiero sprawę wyjaśniać i wyjaśniliśmy. Brak nam środków lokomocji. Urzędnicy dostają stołówki (500,— zł dopłaca U. S. a 500,— zł ZUS). Lekarze tego nie otrzymują.

Na wniosek kol. Liwszyca-Tomasika uchwalono zamknąć listę mówców z uwzględnieniem zapisanych do głosu.

Dr Śnieżko (Tarnów). Wszystko wynika z wadliwej konstrukcji Ub. Sp. Gdzie dyrektorami Ubezpieczalni są lekarze, tam sprawa wygląda lepiej. Tam gdzie cała praca opiera się na lekarzach, tam powinni oni mieć głos decydujący. Dyrektorem powinien być lekarz, a wicedyrektorem urzędnik administracyjny. Tymczasem urzędników jest trzy razy tyle co lekarzy. W ubezpieczalni tarnowskiej lekarzy jest 30 a urzędników administracyjnych ponad 70. Decydują o wszystkim urzędnicy, którzy mają wszelkie korzyści, a lekarzom odmawia się nawet stołówki. Wróciłem po 4 latach obozu koncentracyjnego i z biedą uzyskać zdołałem stołówkę zaledwie na 3 tygodnie. Lekarz powinien korzystać ze świadczeń rzeczowych, otrzymywać rekompensatę za niewyzyskany urlop, zwroty za gaz, światło itd. Nie może być gorzej traktowany od pracowników administracyjnych.

Dr Stawiński (Bielsko). Lekarze są przeciążeni pracą. Brak jest w tym kierunku jakiejkolwiek normy, ilu pacjentów ma przyjąć lekarz ogólny i specjalista. Bielsko jest za unormowaniem na 6 pacjentów w godzinie u specjalisty, 8 pacjentów u lekarza ogólnego. Wizyty domowe: 3 chorych w ciągu 2 godzin. Wskutek przeciążenia lekarze wielu zabiegów nie mogą robić w domu i robić je trzeba w szpitalu. Tacy pacjenci kosztują ubezpieczalnię b. wiele. Gdyby U. S. ustaliła minimum honorarium za zabiegi w domu lekarza, toby na tym jedynie zyskała. Należy uregulować sprawę służby pomocniczej. Lekarze nie mogą sprzątać ani gotować. Podwyżka dochodów U. S. jest iluzoryczna, bo powstała dzięki wyższym poborom robotniczym w gotówce, a nie uwzględnia poborów w naturze. Należy apelować do Mtwa Pracy i Opieki Społ. o podwyższenie składek ubezpieczeniowych.

Dr Grynberg (Dyr. Depart. Org. Mtwa Zdrowia). Przewodniczący Prezes dr Gołąb słusznie podkreślił w swoim przemówieniu powitalnym, że jest to pierwszy ogólno-krajowy zjazd lekarzy ubezpieczalnianych. Jest to wyraźne znamię ducha czasu. Sprawa poprawy bytu lekarzy ubezpieczalnianych nie da się rozstrzygnąć partykularnie w ramach jednej ubezpieczalni, a nawet w ramach wszystkich ubezpieczalni. Musi być w Państwie stosowana jednolita polityka płac, czego dowodem są głosy w dyskusji. Lekarze ubezpieczalni na zachodzie są lepiej opłacani niż na wschodzie. Stąd odbywa się wędrówka na zachód, gdzie jest nadmiar lekarzy. a ubezpieczalnie białostockie są ich pozbawiona. Na tym samym terenie znajdują się instytucje, które prowadzą między sobą jakby konkurencję, wychwytując sobie wzajemnie lekarzy. Z tego powodu najczęściej poszkodowane są te instytucje pomocy lekarskiej. które jej najbardziej potrzebują. Sprawa braku lekarzy w województwie białostockim nam w Ministerstwie leży bardzo na sercu. Załatwienie jej wymaga bardzo radykalnych i generalnych cięć.

Z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia została powołana przy centralnej komisji Związków Zawodowych komisja dla reorganizacji lecznictwa ubezpieczeń społecznych. Ja osobiście wraz z siedzącym tutaj przedstawicielem Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej dr Modlińskim mamy zaszczyt do niej należeć. Sprawy poruszone przez Kolegów były już rozpatrywane na tej komisji i znajdują najszerszy oddźwięk.

Dr Grodecki (Warszawa). Sytuacja lekarzy jest zła także i dlatego, że niema kto przeprowadzić jednolitej organizacji lecznictwa przez podporządkowanie się ustawie ubezpieczeniowej. Każdy tworzy własne organizacje lecznictwa. Umowy zasadnicze nie są przez U. S. wykonywane, bo procent na lekarzy jest dowolnie traktowany przez U. S. Winą złej sytuacji ubezpieczalni społecznych jest, że ubezpieczenie chorobowe nie jest właściwie przymusowe, bo obok ubezpieczalni powstają inne organizacje lecznictwa. To powoduje mniejszy przypis składek. Kto powinien dopilnować, aby umowy były wykonywane? Organizacja lekarska i ZUS. Lekarz pozbawiony warunków egzystencji musi kumulować posady; a wtedy nie może poświęcać się ubezpieczalni.

Musimy podkreślić w naszych uchwałach, że stoimy na gruncie przymusowości ubezpieczenia chorobowego. Umowa musi być powszechnie wykonywana. Zgłasza dla Zarządu Głównego następujący dezyderat:

Zjazd Lekarzy U. S. w Polsce żąda: 1) aby przymus ubezp. społecznych był powszechny i aby zakazane zostało tworzenie innych postaci pomocy lekarskiej dla pracowników najemnych, 2) aby składki ubezpieczeniowe były przez wszystkich pracodawców wpłacane w ustawowym terminie, niezależnie czy pracodawcą jest Państwo, osoba prywatna, czy inna osoba prawna, 3) aby lekarze Ubezpieczalni zatrudnieni na zasadzie umowy byli przy korzystaniu ze

świadczeń rzeczowych zrównani z pracownikami innych kategorii.

Dr Starzyński (Sosnowiec). Z tego co było mówione wynika, że ZUS o tej rozpaczliwej sytuacji nie był poinformowany. Ubezpieczalnia skłonna była podnieść uposażenia, lecz tłomaczyła się, że ZUS nie pozwala. Zwrócić się tedy trzeba odrazu do ZUS, aby polecił doraźnie podnieść uposażenia.

Dr Hodurko (Krosno). Posiada gotową tablicę uposażeń. Lekarz domowy za 1 godz. 125 zł miesięcznie plus 200 zł dodatku. Specjalista 150 zł plus 200 zł dodatku. Do tego triennia. Starszy dostaje 1000 zł. Stołówki się nie dostaje, ani przydziałów. Front trwał w Krośnie 6 miesięcy. Wszyscy zostali zrujnowani. Nie mamy żadnych gmachów dla U. S. Wszyscy się wyprzedajemy do reszty. Przyjmujemy honorowo repatriantów, ale nikt tych rzeczy nie docenia. Jeżeli się płaci aptekom pełne taksy, to dlaczego nie płaci się lekarzom? Na pocieszenie należy stwierdzić, że jednak autorytet lekarzy wybitnie się u ludności poprawił. Ubezpieczeni jednak doceniają pracę lekarzy. W Krośnie jest 25 lekarzy. Trudną jest sprawa obsadzenia Dukli. Trzeba temu lekarzowi coś za osiedlenie się dać, bo tam jest kupa gruzów. Prywatnie tam niczego nie zarobi.

Dr Paszkiewicz (Kielce). Przedstawia te same stosunki co gdzieindziej. Różne działy lecznictwa zaczynają obumierać z powodu braku lekarzy.

Dr Janusz (Gdańsk-Gdynia). Dotąd nikt nie poruszył sprawy wynagrodzenia specjalistów. Lekarze gdyńscy są rozrzuceni w zniszczonym mieście bez komunikacji. Odwiedzają pacjentów w odległościach po 3—4 km. Należy im przyznać zwrot kosztów.

Należy wybrać Komisję dla opracowania tych wszystkich wniosków. Odczytuje wniosek Gdańska i proponuje do komisji dra Chęcińskiego, Jaegera, Szymczaka, Grodeckiego itd.

Dr Garbień (Chorzów). Zawiązała się sekcja lekarzy szpitalnych. Cośmy uzgodnili, pokrywa się z uchwałami okręgu gdańskiego i łódzkiego, mianowicie kwestia godzin (ordynator 1,000,— zł) godz. a dla administracyjnego plus 1 godzina administracyjna, razem 5 godzin = 5000,— zł plus 1000,— zł za administrację.

Dr Martyński (Warszawa). Wszyscy się zgadzają z tym, że lekarze są płatni źle. Lecz stwierdza się w przemówieniach cały szereg niezrozumiałych rzeczy. Jeden mówi o „chlebodawcach" więc miałby to być stosunek najmu pracy, w innych terenach mówi się o umowie o dzieło, w innych o wolnym wyborze. Te różnice były zawsze. Dziś tego tu nie rozstrzygniemy. Musimy to przekazać Związkowi Lekarzy U. S. Ubezpieczalnie należy nie tylko odbudować, ale przebudować. Lekarz musi mieć przynajmniej 90% głosu w sprawach lecznictwa. Z drugiej strony Ubezpieczalnie muszą się trzymać w ramach budżetów. Dlatego wniosek o podniesienie 5 czy 7 razy mnożnika, 1000,— zł za godzinę czy inaczej, tego uchwalać tu nie można, bo to są wnioski terenowe, lub niewystarczające. Musimy uzyskać minimum egzystencji. Możemy ustalić 6 czy 12,000 i w tych granicach stawiać wnioski. Plan przedstawiciela Mtwa Zdrowia co do ujednolicenia wynagrodzeń może być dla jednego miejsca dobry, dla innego zły. Ujednostajnić płac teraz nie można i przegłosowywać takich wniosków teraz się nie da.

Trzeba to przekazać Zarządowi Związku. Powinien on dążyć do reaktywowania Rad lekarskich, które mają mieć głos w lecznictwie. Rady Lekarskie muszą dla każdej Ubezpieczalni opracować ilość etatów.

P. Modliński (Dyr. Dep. Mtwa Pracy i O. S.) W czasie dyskusji wydawało mi się chwilami, jakbym siedział na cenzurowanym. Wygląda tak, jakby nierównomierności te i nędza lekarzy były wynikiem niedoceniania pracy lekarzy przez administrację. Nie mam tego wrażenia. Raczej wynika to z faktu, że jesteśmy ciągle w fazie organizacji. Są instytucje, które wydają 180% i 190% normalnego przypisu. Gospodarka Ubezpieczalni jest w zupełnym chaosie. Niezbędne są duże inwestycje i remonty. Cały szereg przedsiębiorstw zalega ze składkami. Zdarzają się też zjawiska niedbalstwa, lecz to nie jest zjawiskiem powszechnym. Wydaje mi się, że cały szereg ujemnych stron wynika z przyczyn natury obiektywnej. Jestem optymistą. Zaległości składkowe dadzą się zrealizować w dużym procencie. Ministerstwo nie dopuści, aby lekarze byli traktowani gorzej. Co do wysokości wynagrodzeń, to trudno o tym mówić. Siedzimy wszyscy na tej samej gałęzi. Mtwo już samorzutnie podjęło akcję i realna poprawa niebawem nastąpi.

Dr Biberstein (Kraków). Dyskusja wykazała, jak potrzebny był Zjazd i zawiązanie organizacji lekarskiej. Wszystkie wypowiedziane dezyderaty w przyszłym Komitecie wykonawczym znajdą swoje ujęcie. Wszystko opracuje się stosownie do warunków w danej miejscowości.

Proszę, aby Zjazd uchwalił mój wniosek.

Dr Chęciński przemawia za uchwaleniem wniosku dra Bibersteina dopiero po przedyskutowaniu form organizacyjnych lecznictwa i odsunięciem głosowania na 2-gi dzień Zjazdu.

Dr Gołąb zauważa, że wniosek dra Bibersteina nie sprzeciwia się wnioskowi łódzkiemu.

W dyskusji podnoszono % przypisu, a nie mnożnik.

Dr Biberstein uzasadnia mnożnik jako bezwzględnie konieczny.

Dr Magalif: całą reformą powinien się zająć Związek Prac. Sł. Zdrowia. W Łodzi jesteśmy stale atakowani, że tylko myślimy o sobie. Dlatego wniosek należy odłożyć do dnia jutrzejszego, aż przedyskutujemy formy organizacji lecznictwa.

Dr Gołąb: Zwołaliśmy Zjazd Lekarzy Ubezp. Społ. a nie Pracowników Służby Zdrowia. Chcemy się zastanowić nad położeniem we własnym gronie. Stosunek nasz do Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia nie należy do tematu i tego dyskutować na tym zebraniu nie będziemy. Wśród Pracowników Służby Zdrowia są takie zawody, któreby sobie wyprosiły chęć zastanawiania się z naszej strony nad ich bytem.

Wniosek o odłożenie głosowania nad wnioskiem dra Bibersteina na dzień następny upadł w głosowaniu.

Wniosek dra Bibersteina w brzmieniu:

„Ogólnopolski Zjazd Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych opierając się na „Zasadach Ogólnych Umów między Ubezpieczalniami Społecznymi a Lekarzami poleca Zarządowi Głównemu Z. L. U. S. (Wydziałowi Wykonawczemu) przeprowadzenie pertraktacji z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych dla ustalenia mnożnika do poborów z roku 1939" uchwalono przy 8-miu głosach wstrzymujących się.

Następnie wygłasza referat dr Gołąb pt.:

Utworzenie Ogólnopolskiego Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych

W kilka dni po powstaniu Okręgowej Komisji Związków Zawodowych w Krakowie zgłosiłem się z chęcią zarejestrowania Związku Lekarzy Kas Chorych do tejże Komisji. Jakież było moje zdziwienie, kiedy spotkałem się odrazu z koszem i wyraźnym daniem mi do zrozumienia, że w Związku takim jak Z. L. K. Ch. czy w ogóle Z. L. mogą się kryć elementy faszystowskie i reakcyjne, że Związki mogą mieć tylko charakter Związków pionowych. Natychmiast zorientowałem się, że poczciwi ci ludzie obdarzeni najlepszymi chęciami służenia nowej demokratycznej ojczyźnie nie orientują się w ruchu zawodowym lekarskim. Ale czyż mogłem im mieć to za złe, skoro większość biernej lekarskiej masy też się w tym ruchu nie orientuje?

Pokrótce przypomnę, że w r. 1939 świat polski lekarski znajdował się w kompletnym rozbiciu i rozproszeniu. Z. L. P. P., ta najsilniejsza kiedyś organizacja, rozpadła się. Solidarność świata lekarskiego prysła jak bańka mydlana. Prądy, które wtargnęły do nas z zachodu, wprowadziły w 1937 r. „Paragraf aryjski" do Z. L. P. P. i spowodowały kompletne rozbicie Związku. Pierwszy odpadł Zw. L. K. Ch. a w 1938 r. Zrzeszenie Lekarzy U. S. w Warszawie wypowiedziało też Z. Ł. P. P. swoją umowę fuzyjną.

Tworzy się demokratyczne Zrzeszenie Lekarzy R. P.

Z błyskawiczną szybkością nastąpiło rozbicie Związku. Jakże długo trwało scalenie świata lekarskiego w jeden Związek, które po mozolnych rokowaniach doszło do skutku we wrześniu 1932! W „Nowinach Społ. Lekarskich" po połączeniu obu związków zabrzmiały słowa triumfu:

„Przyłączenie się Związku Lekarzy Kas Chorych do Związku Lekarzy Państwa Polskiego realizuje pragnienie tych wszystkich wśród nas, którzy uważają za warunek niezbędny działania skutecznego mas lekarskich w obecnych ciężkich warunkach bytu — jedność organizacyjną.

Obecnie można powiedzieć śmiało, że polski lekarski świat pracowniczy jest zjednoczony zawodowo. Ten kto liczył na jego rozbicie dotąd, na przeciwieństwa w jego szeregach — będzie zawiedziony. Jako lekarze stanęliśmy w jednych szeregach od Gdyni do Zaleszczyk, od Szczawnicy do Pińska i Baranowicz. Pójdziemy odtąd pod wspólnym sztandarem: najsprawniejszej organizacji pracy w polskim zawodzie lekarskim, obrony interesów lekarskich, obrony instytucji, w których pracujemy, wysokiego poziomu lecznictwa, higieny publicznej i dobra kraju.

Dlatego też, pisząc o tym zjednoczeniu obu naszych związków, musimy wyrazić publicznie uznanie tym, którzy przeprowadzili to doniosłe dzieło, w szczególności wielce szanownym kierownikom Związku Lekarzy Kas Chorych, obecnemu prezesowi Związku dr med. Walichiewiczowi, b. prezesowi dr Danielskiemu, prezesowi Okręgu krakowskiego dr med. senatorowi Kaplickiemu i sekretarzowi gen. Związku dr med. H. Landauowi".

Niecałe 5 lat trwała ta jedność i harmonia. W r. 1937, jak już mówiłem, skończył się jednolity front lekarski.

Na walnym zebraniu Z. L. P. P. 9 V 1937 przeszedł wniosek: Zmienić § 7 statutu przez dodanie słów: „Członkiem Z. L. P. P. nie może być lekarz żyd". A potem, gdy wniosek ten przeszedł na Nadzwyczajnym Walnym Zebraniu w Poznaniu 17 X 1937 uzyskał już inne brzmienie: jako słynny „paragraf aryjski" (§ 7): „Członkiem zwyczajnym Związku może być lekarz, obywatel Rzeczypospolitej Polskiej, chrześcijanin z urodzenia. Lekarza nie odpowiadającego powyższym warunkom może przyjąć do Związku jedynie Wydział Wykonawczy Zarządu Głównego na wniosek Zarządu właściwego Oddziału".

Zarząd Główny Związku Lekarzy Kas Chorych rozwiązał natychmiast umowę fuzyjną i uzyskał aprobatę swojej uchwały:

„Zjazd delegatów Związku Lekarzy Kas Chorych przyjmuje do wiadomości rozwiązanie umowy fuzyjnej ze Zw. L. P. P. i krok ten uważa za konieczną konsekwencję obrony naczelnej zasady związku zawodowego, zaś najpilniejszy za postulat dnia uważa zjednoczenie wszystkich lekarzy pracujących w Ubezpieczeniach Społecznych w jedną organizację zawodową, która by się stała równocześnie zawiązkiem ogólnego Związku Związków Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej".

Marzenia te jednak nie spełniły się. Do września roku 1939 nie udało się zwołać ogólnopolskiego zjazdu. Mimo to na pochwałę świata lekarskiego muszę powiedzieć, że rozbity na drobne organizacje prowadził nadal solidarnie pertraktacje z Z. U. S. Dużą rolę w tych pertraktacjach odegrała Naczelna Izba Lekarska, której delegat przewodniczył rokowaniom, co dawało pozór jednolitości dążeń i żądań wszystkich lekarzy w Polsce.

Nie mogę w tym miejscu nie wspomnieć o zasługach Naczelnego Dyrektora Z. U. S. dra Tadeusza Dyboskiego, którego ambicją było doprowadzenie do końca rokowań przeciągających się od 5 lat.

Wreszcie „Zasady Ogólne Umów" zostały sfinalizowane i podpisane w lutym 1939. Umowy przed wojną zostały zawarte i podpisane. Podczas okupacji niemieckiej umowy w zniekształconej formie przetrwały okupację. Po odejściu niemców wróciliśmy do starych umów.

Wynagrodzenie jednak nie odpowiadało warunkom walutowym, które się wytworzyły po uzyskaniu niepodległości.

Dlatego też Z. U. S. wprowadził mnożnik 3. Po paru miesiącach mnożnik 3 stał się iluzją, jeszcze większą iluzją stało się wynagrodzenie za lokal, który lekarz domowy — a często i specjalista — oddaje do dyspozycji U. S.

Z. U. S. zrozumiał tą i dąży do korrektury części cennikowej umowy.

Organizacje lekarskie, pojedyncze okręgi Z. L. P. P., tak Z. L. K. Ch. jak i Zrzeszenie Warszawskie, zażądały podwyżki.

„Nie należy zapominać o tym, że o umowie pracy wtedy dopiero w ogóle może być mowa, gdy istnieje organizacja biorąca jakiś udział w zawarciu umowy, dopóki bowiem pojedynczy robotnik (czytaj: lekarz) staje wobec samowolnie dyktowanych warunków kapitału, musi przyjmować pod grozą zagłady, jednostronnie narzuconą wolę przedsiębiorcy" Przytoczyłem cytat z książki Auerbacha pt. „Związki Zawodowe w teorii Marxizmu i w praktyce społecznej".

Jedyną organizacją, która może zawierać umowy jest Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych. Chcę w tym miejscu przypomnieć § 3 art. 2 „Zasad" który brzmi:

„Ubezpieczalnia zawiera umowę zbiorową z miejscową zawodową organizacją lekarzy.

Jeżeli miejscowa organizacja zawodowa nie zrzesza większości lekarzy, albo jeżeli lekarze należą do więcej niż jednej organizacji, a zawarcie umowy zbiorowej w przeciągu sześciu miesięcy okaże się niemożliwe — ubezpieczalnia zwróci się do właściwej Izby Lekarskiej, która wskaże, z jakimi organizacjami powinna być zawarta umowa".

Po zapoznaniu się z kilkoma statutami doszedłem do przekonania, że najlepiej odpowiada obecnej chwili przedwojenny statut „Związku lekarzy Kas Chorych" który z małymi modyfikacjami i ze zmianą nazwy odczytam:

STATUT
Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych

§ 1. Nazwa Związku:
Stowarzyszenie nosi nazwę: Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych.

§ 2. Cel i działalność Związku:
Celem Związku jest organizowanie lekarzy Instytucyj Ubezpieczeń Społecznych i obrona ich interesów zawodowych, popieranie rozwoju ubezpieczeń społecznych w zakresie ochrony zdrowia publicznego oraz utrzymanie swych członków na wysokim poziomie etycznym, społecznym, a w szczególności przez:

I. a) porozumiewanie się nad środkami, zmierzającymi do uchylenia istniejących lub wyłaniających się niedomagań w kwestiach, dotyczących stanowiska lekarzy w Instytucjach Ubezpieczeń Społecznych;
b) współdziałanie z innymi Związkami Zawodowymi o pokrewnych celach;
c) utrzymanie lecznictwa w Instytucjach Ubezpieczeń Społecznych na wysokim poziomie, odpowiadającym stanowi nauki lekarskiej i jej praktycznemu zastosowaniu;
d) urządzanie zjazdów, odczytów, zebrań naukowo-dyskusyjnych, kursów dokształcających, utrzymywanie bibliotek i czytelni, popieranie i wydawanie pism, książek, dotyczących zagadnień społeczno-lekarskich i medycyny, oraz wydawanie własnego organu.

II. Utrzymywanie wysokiego poziomu etycznego stanu lekarskiego, oraz pielęgnowanie idei koleżeństwa między członkami.

III. Zastępowanie spraw zawodowych i ekonomicznych członków oraz zawieranie umów zbiorowych, normujących prawa i obowiązki, warunki pracy i płacy lekarzy.

IV. Wydawanie dla Instytucyj Ubezpieczeń Społecznych opinii w sprawach lecznictwa i profilaktyki.

V. Zakładanie kooperatyw, letnisk, Kasy Samopomocy dla członków oraz dla wdów i sierót po członkach tego Związku.

VI. Zakładanie Okręgów Związku, Kół Związku i mianowanie mężów zaufania Związku z zachowaniem obowiązujących przepisów prawnych o stowarzyszeniach.

§ 3. Siedziba, teren działalności i prawa Związku:
Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych rozciąga swą działalność na cały obszar Rzeczypospolitej Polskiej. Siedzibą Związku jest Kraków.

§ 4. Związek jest osobą prawną, może posiadać majątek nieruchomy i może zawierać wszelkie umowy przez prawo przewidziane. Związek może się łączyć z innymi organizacjami o podobnych celach, działającymi w kraju lub zagranicą, na platformie równości.

§ 5. Związek wzgl. jego filie tj. Okręgi i Oddziały używają pieczęci:
Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych,
Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych Okręg
. . . .
Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych Oddział
. . . .

§ 6. Fundusze Związku:
Na fundusze Związku składają się:
1) a) składki członków, których wysokość uchwala Zjazd Delegatów,
b) dary i zapisy na rzecz Związku,
c) opłaty za korzystanie z instytucji Związku,
d) odsetki od kapitałów Związku,
2) Fundusze dzielą się na:
a) kapitał zapasowy,
b) kapitał obrotowy,
c) Kapitały specjalne.

ad a) Kapitał zapasowy tworzy się z kwot, przeznaczonych na ten cel przez Zjazd Delegatów.

ad c) Kapitały specjalne powstają z darów oraz zapisów i funduszów, przeznaczonych przez Zjazd Delegatów i mogą być użyte tylko na cele specjalne.

§ 7. Prawa i obowiązki członków:
Członkowie Związku są zwyczajni i honorowi:

Zwyczajnym członkiem Związku może być każdy lekarz (lekarka), zajęty w Instytucjach Ubezpieczeń Społecznych. Członek, który przestaje być lekarzem Instytucji Ubezpieczeń Społecznych, może nadal pozostać członkiem Związku.

Godność członków honorowych przyznaje na wniosek Zarządu Zjazd Delegatów lub Walne Zgromadzenie Okręgu większością $^2/_3$ głosów obecnych.

§ 8. Zwyczajnych członków przyjmuje na wniosek, Zarządu Oddziału Zarząd Okręgu większością głosów a zatwierdza Zarząd Główny Związku. Zarząd Okręgu

może odrzucić zgłoszenie bez podania powodu. Nieprzyjętemu przysługuje prawo odwołania się do Zarządu Głównego, a w ostatniej instancji do Zjazdu Delegatów. Członek Związku może wystąpić ze Związku dobrowolnie za półrocznym, pisemnym zawiadomieniem Zarządu Oddziału. Zarząd Oddziału ma prawo wykreślić z listy członków Związku zalegającego w zapłacie składek przez rok.

Zgłoszenie wystąpienia i wykreślenia z listy członków nie uwalnia występującego lub wykreślonego od zapłacenia składki za rok, w którym zgłosił wystąpienie lub został wykreślony, oraz zaległości za lata poprzednie.

§ 9. Zarząd Główny Związku może wykluczyć członków, którzy nie spełniają obowiązków członka, nie stosują się do przepisów statutu lub działają przeciwko dobru i powadze Związku i stanu lekarskiego. Wniosek na wykluczenie mogą przedłożyć Zarządowi Głównemu Zarządy Okręgów lub Oddziały na mocy uchwały powziętej większością $^2/_3$ głosów. Od tej uchwały przysługuje wykluczonemu prawo odwołania się do Zjazdu Delegatów.

§ 10. Członkowie mają prawo:

a) wyboru i wybieralności na Walnym Zgromadzeniu Oddziału i Delegatów na Walne Zgromadzenie Okręgu,
b) korzystanie z wszystkich urządzeń Związku,
c) odwoływanie się od uchwał Zarządu Okręgu do Zjazdu Delegatów z tym jednak zastrzeżeniem, że wszelkie zażalenia wniesione być muszą najpóźniej na 14 dni przed Zjazdem Delegatów,
d) zwoływanie posiedzeń Zarządu lub Walnego Zgromadzenia Okręgu na żądanie $^1/_3$ członków Związku.

§ 11. Członkowie są obowiązani: brać udział w posiedzeniach i zgromadzeniach Związku, stosować się do przepisów statutu, regulaminów i zarządzeń Władz Związku oraz wyroków Sądu Koleżeńskiego, płacić regularnie składki i przyczyniać się do spełnienia celów Związku i jego rozwoju.

§ 12. Władzami Związku są:

I. Zjazd Delegatów,
II. Zarząd Główny Związku i Wydział Wykonawczy,
III. Sąd Koleżeński,
IV. Komisja Rewizyjna.

§ 13. Zjazd Delegatów: w skład Zjazdu Delegatów wchodzą:

1) członkowie Zarządu Głównego i delegaci wybrani na Walnych Zgromadzeniach Okręgów i samodzielnych oddziałów po jednym na każdych 50-ciu członków z głosem decydującym,

2) 2 członków Komisji Rewizyjnej i prezydjum Zarządów Okręgów z głosem doradczym.

Zjazd Delegatów jest najwyższą instancją we wszystkich sprawach Związku. Zwyczajny Zjazd Delegatów odbywa się raz na rok w pierwszym półroczu w miejscu oznaczonym przez Zjazd poprzedni.

Nadzwyczajny Zjazd Delegatów zwołuje się na żądanie Zarządu, Komisji Rewizyjnej lub $^1/_3$ części delegatów. W ostatnim wypadku musi być cel i motywy zwołania podane na piśmie Zarządowi Związku. Zjazd musi być zwołany do 4 tygodni od dnia otrzymania pisma.

O terminie Zjazdu Delegatów mają być Delegaci zawiadomieni pisemnie lub ogłoszeniem w jednym z czasopism lekarskich na 14 dni przed terminem.

Do ważności uchwał Zjazdu Delegatów potrzebna jest obecność przynajmniej połowy wszystkich delegatów. Gdyby dla braku kompletu Zjazd Delegatów odbyć się nie mógł, ważnymi są wówczas uchwały następnego Zjazdu Delegatów z tym samym porządkiem dziennym, odbytego conajmniej w godzinę później bez względu na ilość zebranych delegatów. Uchwały Zjazdu Delegatów zapadają zwyczajną większością głosów z wyjątkiem punktów h) i j).

Do zakresu działania Zjadzu Delegatów należy:

a) rozpatrywanie i zatwierdzanie dorocznych sprawozdań Zarządu i Komisji Rewizyjnej oraz budżetu na rok następny, jakoteż podział funduszów na kapitał zapasowy, obrotowy i specjalny,
b) sprawy kupna i sprzedaży nieruchomości Związku,
c) wybór Zarządu, Sądu Koleżeńskiego i Komisji Rewizyjnej na przeciąg jednego roku. Głosowanie odbywa się tajnie kartkami,
d) załatwianie odwołań się członków od uchwał Zarządu z uwzględnieniem zastrzeżenia § 10 pkt. c),
e) oznaczenie miejsca przyszłego Zjazdu Delegatów,
f) oznaczenie wysokości wpisowego i składek,
g) załatwianie wniosków i interpelacyj będących na porządku dziennym,
h) uchwalanie zmiany statutu. Do ważności uchwał wymagana jest większość $^2/_3$ głosów obecnych delegatów.
i) decyzja w sprawach przekraczających kompetencję Zarządu Głównego,
j) rozwiązanie Związku, do czego potrzebna jest większość $^2/_3$ głosów wszystkich delegatów.

§ 14. Zarząd Główny Związku:

A. Zarząd składa się z przewodniczącego i 4 zastępców, 2 sekretarzy, 2 skarbników, 12 członków Zarządu i 6 zastępców, którzy w razie ubytku członków Zarządu wchodzą w ich miejsce. Przewodniczący lub jego zastępca, sekretarz, skarbnik i 4 członkowie Zarządu muszą być zamieszkali w siedzibie Związku i stanowią Wydział Wykonawczy.

B. Zebrania Zarządu Głównego odbywają się raz na pół roku na wezwanie prezesa lub każdej chwili na żądanie Komisji Rewizyjnej lub $^1/_3$ członków Zarządu. Uchwały zapadają bezwzględną większością głosów, przewodniczący nie głosuje, a w razie równości głosów dyrymuje.

Uchwały ważne są przy obecności przynajmniej 9-ciu członków Zarządu z przewodniczącym lub jego zastępcą. Wszyscy członkowie Zarządu są obowiązani uczęszczać na posiedzenia. Ktoby bez usprawiedliwienia się opuścił po trzykroć z rzędu posiedzenie, traci swą godność członka Zarządu.

Posiedzenia Wydziału Wykonawczego odbywają się conajmniej raz na 3 miesiące.

Do kompetencji i obowiązków Zarządu Głównego należy:

a) zatwierdzanie przyjęcia i wykluczenia członków,
b) zakładanie Okręgów Związku,
c) zarządzanie ruchomym i nieruchomym majątkiem Związku,
d) obrona interesów Związku we wszystkich Instytucjach rządowych oraz prowadzenie i zawieranie układów z Instytucjami Ubezpieczeń Społecznych w sprawach dotyczących Związku i jego poszczególnych członków,
e) przygotowywanie rocznych sprawozdań z działalności Związku oraz rocznego budżetu,
f) informowanie członków Związku o pracach Zarządu,
g) zwoływanie Zjazdu Delegatów,
h) powoływanie wszelkich komisyj (odczytowych, wydawniczych, aprowizacyjnych itp.),
i) zmiana statutu dla Okręgów większością $^2/_3$ głosów obecnych członków Zarządu,
j) unieważnianie uchwał Zarządu lub Walnego Zgromadzenia Okręgu na wypadek przekroczenia statutu lub narażenia Związku na szkodę moralną lub materialną. Rozwiązanie Zarządu Okręgu i zarządzenie nowych wyborów w wypadku niewypełniania należycie swoich obowiązków, działania wbrew statutowi lub na szkodę Związku lub niewykonywania poleceń Zarządu Głównego. W tym celu zostaje zwołane najpóźniej do dwu miesięcy od rozwiązania Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie Okręgu, na którym aż do wyboru nowego przewodniczącego przewodniczy Delegat Zarządu Głównego. W okresie od rozwiązania Zarządu Okręgu aż do wyboru nowego Zarządu czynności sprawować będzie Delegatura w składzie 3-ch osób, utworzona przez Zarząd Główny.

§ 15. Członkowie Zarządu i zakres ich działania:

Przewodniczący lub jego zastępca reprezentuje na zewnątrz Związek, czuwa nad jego rozwojem i przewodniczy wszelkim zebraniom, przestrzega również, by członkowie Zarządu poruczone im funkcje należycie spełniali.

Pisma i dokumenty podpisuje prezes lub jego zastępca i sekretarz, a w sprawach finansowych i skarbnik.

Sekretarze prowadzą protokoły ze wszystkich zebrań, korespondencję, przechowują wszelkie pisma, zgłaszają Zarządowi nadeszłe wiadomości i układają wraz z prezesem porządek dzienny zebrań. Skarbnicy ściągają wszelkie opłaty, prowadzą księgi kasowe, przedstawiają budżet Związku i uskuteczniają w myśl uchwał Zarządu wszelkie wypłaty. Obowiązani są na żądanie Komisji Rewizyjnej przedłożyć księgi kasowe z alegatami dla przeprowadzenia kontroli.

Członkowie Zarządu Głównego mają prawo brać udział w posiedzeniach Zarządu i Walnych Zgromadzeniach Okręgów z głosem doradczym.

§ 16. Komisja Rewizyjna:

Do kontroli funduszów i rachunkowości wybiera Zjazd Delegatów Komisję Rewizyjną z poza członków Zarządu Głównego, składającą się z przewodniczącego i 2 członków oraz jego zastępcy.

Przewodniczący Komisji Rewizyjnej bierze udział w posiedzeniach Zarządu Głównego z głosem doradczym.

Komisja Rewizyjna ma prawo każdego czasu przeglądać księgi, akta i protokoły Zarządu Głównego i wszystkich innych organów Stowarzyszenia. Obowiązaną jest raz do roku przed Zjazdem Delegatów sprawdzić stan kasy i księgi Zarządu Głównego.

§ 17. Sąd Koleżeński:

Składa się z przewodniczącego, 3 członków i jednego zastępcy. Kompetencji jego podlegają spory między Okręgami, między Okręgami a oddziałami, między poszczególnymi Oddziałami oraz między członkami a organami Związku. Sąd Koleżeński działa na podstawie regulaminu, uchwalanego przez Zarząd Główny Związku.

§ 18. Rozwiązanie Związku:

W razie rozwiązania Związku Zarząd wyznacza Komisję likwidacyjną do zlikwidowania spraw i majątku Związku.

Zjazd Delegatów dokona podziału majątku, uwzględniając cele Stowarzyszenia, wymienione w § 2 statutu.

Gdyby Zjazd Delegatów nie mógł powziąć ważnej decyzji w sprawie majątku, przechodzi on na cele przewidziane w § 2-gim statutu. Majątek zostanie podzielony w stosunku do liczby członków Okręgów Związku.

§ 19. Związki Okręgowe i Oddziały zachowują dotychczasową osobowość prawną po zarejestrowaniu się w odnośnych Urzędach Wojewódzkich.

Okręgi Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych

§ 20. Okręgi Związku tworzy Zarząd Główny, przydzielając do nich Oddziały z uwzględnieniem ich położenia terytorialnego. Do Okręgów należą wszystkie Oddziały, leżące na obszarze ich działania.

§ 21. Zakres terytorialny Okręgu . . . . jego siedzibę, zmiany terenu oraz zniesienie Okręgu Związku uchwala Zarząd Główny po zasięgnięciu opinii zainteresowanych Zarządów Okręgu i Oddziałów.

§ 22. Okręgi Związku są oddziałami Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych, a za podstawę działania mają niniejszy statut.

§ 23. Okręgowy Związek jest osobą prawną, może nabywać i sprzedawać nieruchomości z funduszów Okręgu, bronić swych praw w Sądzie, przyjmować darowizny i zapisy na rzecz Okręgu oraz wykonywać wszystkie inne czynności, przelane nań przez Zarząd Główny.

§ 24. Okręgi Związku używają pieczęci: Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych Okręg . . . .

§ 25. Cel Okręgów Związku, jak też prawa i obowiązki członków określają §§ 2 i 7 statutu.

§ 26. Władzami Okręgów Związku są:

a) Władze Związku Głównego,
b) Walne Zgromadzenie Okręgu,
c) Zarząd Okręgu i Wydział Wykonawczy,
d) Sąd Koleżeński Odwoławczy,
e) Komisja Rewizyjna Okręgu.

§ 27. Walne Zgromadzenie Okręgu stanowią:

1) delegaci Oddziałów wybrani na Walnych Zgromadzeniach Oddziałów. Każdy Oddział wybiera jednego delegata, jeśli jednak liczba członków Oddziału przekracza 25, natenczas Walne Zgromadzenia Oddziałów wybierają dalszych 2 delegatów w stosunku 1 na 25 członków, także na rozpoczętą liczbę 25 jednego delegata.

2) Członkowie Zarządu Głównego i Zarządu Okręgu z głosem doradczym.

Zwyczajne Walne Zgromadzenie Okręgu odbywa się raz na rok conajmniej na 14 dni przed Zjazdem Delegatów. Na wezwanie Zarządu Głównego, Komisji Rewizyjnej, $^{1}/_{3}$ delegatów Oddziałów, Zarząd Okręgu obowiązany jest zwołać nadzwyczajne Walne Zgromadzenie Okręgu. W razie niespełnienia tego wezwania Zarząd Główny ma prawo zwołać Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie, zawiadamiając o tym Zarząd Okręgu. Na takim, przez Zarząd Główny zwołanym Walnym Zgromadzeniu przewodniczy delegat Zarządu Głównego.

O terminie Walnego Zgromadzenia mają być Delegaci zawiadomieni pisemnie lub ogłoszeniem w jednym z czasopism lekarskich na 14 dni przed terminem.

Do ważności uchwał Walnego Zgromadzenia potrzebna jest obecność przynajmniej połowy wszystkich delegatów. Gdyby dla braku kompletu Zjazd Delegatów odbyć się nie mógł, ważnymi są wówczas uchwały następnego Walnego Zgromadzenia z tym samym porządkiem dziennym, odbytego conajmniej w godzinę później bez względu na ilość zebranych delegatów. Uchwały Walnego Zgromadzenia zapadają bezwzględną większością głosów. Do zakresu działalności Walnego Zgromadzenia należy:

a) rozpatrywanie i zatwierdzanie dorocznych sprawozdań Zarządu i Komisji Rewizyjnej,
b) decyzja w sprawach kupna i sprzedaży nieruchomości z majątku Okręgu,
c) wybór Zarządu, Komisji Rewizyjnej i Odwoławczego Sądu Koleżeńskiego na przeciąg jednego roku. Głosowanie odbywa się tajnie kartkami,
d) mianowanie członków honorowych na wniosek Zarządu Okręgu,
e) uchwalanie wysokości wpisowego i składek do Okręgu,
f) załatwianie wniosków i interpelacyj, będących na porządku dziennym,
g) decyzja w sprawach, przekraczających kompetencję Zarządu Okręgu,
h) wybór Delegatów na Zjazd w liczbie 1 na 50 członków Okręgu.

§ 28. Zarząd Okręgu składa się z przewodniczącego, 3 zastępców (z których jeden musi mieszkać w siedzibie Okręgowego Związku) 2 sekretarzy, 2 skarbników, 8 członków Zarządu i 4 zastępców, wszystkich wybranych na Walnym Zgromadzeniu Okręgu. W razie ubytku członków Zarządu wchodzą w ich miejsce zastępcy. Prezydjum z wyjątkiem 2 zastępców przewodniczącego, oraz 4 członków Zarządu muszą być zamieszkali w siedzibie Okręgu i stanowią Wydział Wykonawczy Okręgu. Prezydium składa się z przewodniczącego, jednego zastępcy, sekretarza i skarbnika.

§ 29. Zebrania Zarządu odbywają się w miarę potrzeby na wezwanie Przewodniczącego, Komisji Rewizyjnej lub każdej chwili na żądanie $^{1}/_{3}$ części członków Zarządu lub $^{1}/_{3}$ części delegatów. Uchwały zapadają bezwzględną większością głosów. Przewodniczący nie głosuje, w razie równości głosów dyrymuje. Uchwały ważne są przy obecności conajmniej 9-ciu członków Zarządu z przewodniczącym lub jego zastępcą. Wszyscy członkowie Zarządu obowiązani są uczęszczać na posiedzenia Zarządu, a członek, któryby bez usprawiedliwienia opuścił po trzykroć z rzędu posiedzenie, traci swą godność członka Zarządu.

Do kompetencji i obowiązków Zarządu należy:

a) przyjmowanie członków z zastrzeżeniami § 8 statutu:
b) stawianie Zarządowi Głównemu wniosków w sprawie wykluczenia członków,
c) zakładanie Oddziałów miejscowych i mianowanie mężów zaufania,
d) zarządzanie ruchomym i nieruchomym majątkiem Okręgu,
e) obrony interesów Okręgu we wszystkich Instytucjach rządowych i samorządowych oraz zawieranie umów w porozumieniu z Zarządem Głównym z Instytucjami Ubezpieczeń Społecznych w sprawach dotyczacych Okręgu Związku i jego poszczególnych członków,
f) przygotowanie rocznych sprawozdań z działalności Okręgu, oraz rocznego budżetu,
g) informowanie członków Okręgu o działalności Zarządu,
h) zwoływanie Walnych Zgromadzeń,
i) powoływanie wszelkich komisyj (odczytowych, wydawniczych, naukowych itp.),
j) wykonywanie uchwał powziętych przez Zjazd Delegatów oraz Zarząd Główny Związku.

Członkowie Zarządu Głównego mają prawo brać udział w posiedzeniach Zarządu i Walnego Zgromadzenia Okręgu z głosem doradczym.

§ 30. Członkowie i zakres ich działania:

Przewodniczący lub jego zastępca reprezentuje Okręgowy Związek na zewnątrz, czuwa nad jego rozwojem i przewodniczy wszelkim zebraniom. Przestrzega również, by członkowie Zarządu należycie spełniali poruczone im funkcje. Pisma i dokumenty podpisuje przewodniczący lub jego zastępca i sekretarz, a w sprawach finansowych i skarbnik.

Sekretarze prowadzą protokoły wszystkich zebrań, korespondencję, przechowują wszelkie pisma, przedstawiają Zarządowi nadeszłe pisma i układają wraz z Przewodniczącym porządek dzienny zebrań.

Skarbnicy ściągają wszelkie opłaty, prowadzą księgi kasowe, przedstawiają budżet i zamknięcia rachunkowe Zarządowi i uskuteczniają w myśl uchwał Zarządu wszelkie wypłaty. Obowiązani są na żądanie Komisji Rewizyjnej przedłożyć księgi z alegatami dla przeprowadzenia kontroli.

§ 31. Fundusze Okręgu tworzą się ze:

1) składek członków do Okręgu, których wysokość uchwala Walne Zgromadzenie Okręgu,
2) darów i zapisów na rzecz Okręgów,
3) opłat za korzystanie z Instytucyj Okręgu,

4) odsetek od kapitału Okręgu,
5) wpisowego członków.

Fundusze Okręgu dzielą się na:
a) kapitał zapasowy,
b) kapitał obrotowy,
c) kapitały specjalne.

Kapitał zapasowy tworzy się z wpisowego i z kwot przeznaczonych na ten cel przez Walne Zgromadzenie Okręgu.

Kapitały specjalne powstają z darów i zapisów na rzecz Okręgu i mogą być użyte tylko na cele specjalne.

§ 32. Sąd Koleżeński Odwoławczy:

Zgodnie z postanowieniami § 50 składa się z przewodniczącego, 6 członków i 3 zastępców, wybranych na Walnym Zgromadzeniu Okręgu. Obraduje on w składzie złożonym z przewodniczącego i 4 członków.

Przewodniczący i 4 członkowie muszą mieszkać w siedzibie Okręgu. Odwoławczy Sąd Koleżeński obraduje nad odwołaniami od wyroków Sądów Koleżeńskich w Oddziałach. Wyrok Sądu Odwoławczego jest ostateczny. Sąd posługuje się regulaminem, uchwalonym przez Zarząd Główny.

§ 33. Komisja Rewizyjna:

Do kontroli funduszów i rachunkowości wybiera Walne Zgromadzenie Okręgu z poza Zarządu Komisję Rewizyjną, składającą się z przewodniczącego, 2 członków, oraz jednego zastępcy. Przewodniczący Komisji Rewizyjnej bierze udział w posiedzeniach Zarządu Okręgu z głosem doradczym. Komisja Rewizyjna ma prawo każdego czasu przeglądać księgi, akta i protokoły Zarządu Okręgu i obowiązaną jest raz do roku przed Walnym Zgromadzeniem Okręgu sprawdzić stan kasy i księgi Zarządu Okręgu.

§ 34. Rozwiązanie Związku Okręgowego:

W razie rozwiązania Okręgu Zarząd Okręgu wyznacza Komisję Likwidacyjną do zlikwidowania spraw i majątku Związku. Walne Zgromadzenie Okręgu dokona podziału majątku, uwzględniając cele Stowarzyszenia, wymienione w § 2 statutu.

Gdyby Walne Zgromadzenie Okręgu nie mogło powziąć ważnej decyzji, przechodzi majątek Okręgu na cele przewidziane w § 2 statutu.

Oddziały Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych

§ 35. Zarząd Okręgu Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych może w każdej miejscowości założyć Oddział.

§ 36. Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych Oddział . . . . jest podfilią Związku i za podstawę działania ma niniejszy statut.

§ 37. Cel, jak też prawa i obowiązki członków określają §§ 2 i 7.

§ 38. Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych Oddział . . . . obejmuje teren działania, wyznaczony przez Zarząd Okręgu i używa pieczęci:

Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych, Oddział . . . .

Siedzibą Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych Oddział . . . . jest miasto . . . .

§ 39. Oddział jest osobą prawną, może nabywać nieruchomości z funduszów Oddziału, bronić swych spraw w Sądzie, przyjmować darowizny i zapisy dla siebie, oraz wykonywać wszystkie inne prawa, przelane nań przez Zarząd Główny i Zarząd Okręgu.

§ 40. Fundusze Oddziału tworzą się ze:
1) składek członków Oddziału,
2) odsetek od kapitałów Oddziału,
3) darów i zapisów na rzecz Oddziału,
4) funduszów przekazanych Oddziałowi przez Zarząd Okręgu.

§ 41. Członkiem Oddziału może być każdy lekarz (lekarka) zajęty w Instytucji Ubezpieczeń Społecznych. Członek, kótry porzuca, lub traci swe stanowisko, może nadal pozostać członkiem Związku.

§ 42. Nowych członków przyjmuje na wniosek Zarządu Oddziału Zarząd Okręgu, a zatwierdza Zarząd Główny.

Członkowie Oddziału są obowiązani:
a) brać udział w posiedzeniach i zgromadzeniach Oddziału,
b) stosować się do przepisów statutu, regulaminów, zarządzeń Władz Związku i wyroków Sądu Koleżeńskiego,
c) płacić regularnie składki,
d) przyczyniać się do spełnienia celów Związku i jego rozwoju.

§ 43. Członkowie Oddziału mają prawo:
a) wyboru i wybieralności na Walnym Zgromadzeniu Oddziału,
b) korzystania z wszystkich urządzeń Związku,
c) odwoływania się od uchwał Zarządu Oddziału do Zarządu Okręgu, a od uchwał Okręgu do Zjazdu Delegatów z tym jednak zastrzeżeniem że wszelkie zażalenia do Zjazdu Delegatów wniesione być muszą na 14 dni przed Zjazdem Delegatów,
d) zwoływania posiedzeń Zarządu lub Walnego Zgromadzenia Oddziału na żądanie $^1/_3$ członków Oddziału.

§ 44. Władzami Oddziału są:
1) Władze Związku Głównego i Okręgowego,
2) Walne Zgromadzenie Oddziału,
3) Zarząd Oddziału,
4) Sąd Koleżeński.

§ 45. Walne Zgromadzenie Oddziału odbywa się raz na rok, conajmniej na 14 dni przed Walnym Zgromadzeniem Okręgu. Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie Oddziału odbywa się na żądanie Władz Związku, Zarządu Oddziału, Komisji Rewizyjnej Oddziału lub $^1/_3$ części członków Oddziału. O terminie Walnego Zgromadzenia mają być członkowie zawiadomieni pisemnie lub ogłoszeniem w jednym z czasopism lekarskich na 10 dni przed terminem. Kompletne jest Walne Zgromadzenie przy obecności większości członków Oddziału. Gdyby dla braku kompletu Walne Zgromadzenie odbyć się nie mogło, ważnymi są wówczas uchwały następnego Walnego Zgromadzenia z tym samym porządkiem dziennym, odbytego conajmniej w godzinę później bez względu na ilość zebranych członków. Uchwały zapadają zwykłą większością głosów z wyjątkiem punktu g). Na Walnym Zgromadzeniu Oddziału przewodniczy Przewodniczący lub jego zastępca, a w razie prze-

szkody najstarszy wiekiem z obecnych członków Oddziału. W obradach Walnego Zgromadzenia mogą brać udział członkowie Zarządu Głównego i Okręgu z głosem doradczym.

Do zakresu działania Walnego Zgromadzenia Oddziału należy:

a) rozpatrywanie i zatwierdzanie dorocznych sprawozdań Zarządu i Komisji Rewizyjnej oraz budżetu na rok następny,
b) sprawy kupna i sprzedaży nieruchomości Oddziału,
c) wybór Zarządu, Komisji Rewizyjnej i Sądu Koleżeńskiego na przeciąg jednego roku. Głosowanie odbywa się tajnie kartkami.
d) oznaczenie wysokości składek do Oddziału,
e) załatwianie wniosków i interpelacyj, będących na porządku dziennym,
f) decyzja w sprawach przekraczających kompetencję Zarządu Oddziału,
g) rozwiązanie Oddziału za zgodą Zarządu Głównego większością $^2/_3$ głosów przy obecności $^2/_3$ członków Oddziału.

§ 46. Zarząd Oddziału składa się z 5 do 11 osób, mianowicie z Przewodniczącego, zastępcy przewodniczącego, sekretarza, skarbnika i członków Zarządu, poza tym 2 zastępców, wszystkich wybranych na Walnym Zgromadzeniu Oddziału. Przewodniczący, sekretarz i skarbnik muszą być zamieszkali w siedzibie Oddziału.

Zebrania Zarządu odbywają się raz na miesiąc na wezwanie Przewodniczącego lub jego zastępcy i każdej chwili na żądanie władz Związku lub $^1/_3$ członków Oddziału albo $^1/_3$ członków Zarządu Oddziału. Uchwały zapadają większością głosów. Przewodniczący nie głosuje, a w razie równości głosów dyrymuje. Uchwały ważne są przy obecności conajmniej połowy członków Zarządu z Przewodniczącym lub jego zastępcą na czele. Wszyscy członkowie Zarządu są obowiązani uczęszczać na posiedzenia Zarządu. Ktoby bez usprawiedliwienia opuścił 3-krotnie z rzędu posiedzenie, traci swą godność członka Zarządu.

Do kompetencji i obowiązków Zarządu Oddziału należy:

1) stawianie Zarządowi Okręgu wniosków na przyjmowanie i wykluczanie członków,
2) zarządzanie ruchomym i nieruchomym majątkiem Oddziału,
3) odprowadzanie co miesiąc wpisowego i składek do Okręgu,
4) obrona interesów Oddziału i jego członków,
5) wykonywanie zleceń, poruczonych przez Władze Związku,
6) przygotowanie rocznych sprawozdań z działalności Oddziału oraz rocznego budżetu. Sprawozdania te przedkłada Zarząd Oddziału w odpisie Zarządowi Okręgu conajmniej na 10 dni przed terminem Walnego Zgromadzenia Okręgu,
7) informowanie członków Oddziału o pracach Zarządu,
8) zwoływanie Walnych Zgromadzeń Oddziału,
9) powoływanie wszelkich komisyj (odczytowych, wydawniczych itp.),
10) zastępowanie spraw zawodowych i ekonomicznych członków oraz zawieranie umów zbiorowych z instytucjami Ubezpieczeń Społecznych w porozumieniu z Zarządem Okręgu.

W posiedzeniach Zarządu mogą brać udział delegaci Zarządu Głównego i Okręgu.

§ 47. Przewodniczący lub jego zastępca reprezentuje Oddział na zewnątrz, czuwa nad jego rozwojem, przewodniczy wszelkim zebraniom i przestrzega, by członkowie Zarządu należycie spełniali poruczone im funkcje. Pisma i dokumenty podpisuje przewodniczący lub jego zastępca i sekretarz, a w sprawach finansowych i skarbnik.

Sekretarz prowadzi protokoły ze wszystkich zebrań, korespondencję, przechowuje wszelkie pisma, ogłasza Zarządowi nadeszłe wiadomości i układa wraz z Przewodniczącym porządek dzienny zebrań.

Skarbnik ściąga wszelkie opłaty, prowadzi księgi kasowe, przedstawia budżet Oddziału i uskutecznia w myśl uchwał Zarządu wszelkie wypłaty. Obowiązany jest na żądanie Komisji Rewizyjnej przedłożyć księgi kasowe z alegatami dla przeprowadzenia kontroli.

§ 48. Zarząd Oddziału przesyła Zarządowi Okręgu w ciągu 7-miu dni uchwały powzięte na posiedzeniu Zarządu lub na Walnym Zgromadzeniu Oddziału. Zarząd Okręgu może zawiesić uchwały Zarządu lub Walnego Zgromadzenia Oddziału, przekraczające postanowienia statutu, narażające Związek na szkodę moralną lub materialną, o czym zawiadamia bezzwłocznie Zarząd Główny, który może uchwałę zatwierdzić lub znieść.

Jeżeli Zarząd Oddziału nie wypelnia należycie swoich obowiązków, działa wbrew statutowi lub na szkodę Związku albo nie wykonuje poleceń Zarządu Okręgu może go Zarząd Główny rozwiązać i zarządzić nowe wybory. Zarząd Główny zwołuje w tym celu najpóźniej do 2 miesięcy od rozwiązania nadzwyczajne Zgromadzenie Oddziału, na którym aż do wyboru przewodniczy delegat Zarządu Głównego. W czasie od rozwiązania Zarządu Oddziału, aż do wyboru nowego Zarządu sprawować będzie jego czynności delegatura utworzona przez Zarząd Główny w ilości 1—3 osób.

Zarząd Główny może rozwiązać Oddział nie spełniający czynności, określonych w statucie lub działających wbrew statutowi albo wbrew poleceniom Zarządu Głównego lub Okręgu.

§ 49. Sąd Koleżeński: posiada dwie instancje: Sąd Koleżeński w Oddziałach i Odwoławczy Sąd Koleżeński w Okręgach. Od wyroków Sądu Koleżeńskiego Oddziału przysługuje stronom prawo odwołania się do Odwoławczego Sądu Koleżeńskiego Okręgu w ciągu 14 dni od otrzymania wyroku. Wyroki Sądu Odwoławczego są ostateczne. Kompetencji Sądu Koleżeńskiego podlegają sprawy, tyczące się stosunków koleżeńskich, stowarzyszeniowych, sporów między członkami Związku i sprawy, wynikające z przekroczeń uchwał, przepisów związkowych i umów zawartych przez Związek.

Sąd Koleżeński składa się z Przewodniczącego, 2—4 członków i 1—2 zastępców, wybranych na Walnym Zgromadzeniu Oddziału.

Sąd Koleżeński działa na podstawie regulaminu, uchwalonego przez Zarząd Główny.

§ 50. Do kontroli funduszów i rachunkowości wybiera Walne Zgromadzenie Oddziału z poza Zarządu Komisję Rewizyjną, złożoną z przewodniczącego i 2 członków oraz jednego zastępcy, która przeprowadza szkontrum.

Przewodniczący Komisji Rewizyjnej bierze udział w posiedzeniach Zarządu Oddziału z głosem doradczym.

§ 51. W razie rozwiązania Oddziału Zarząd Oddziału wyznacza Komisję Likwidacyjną do zlikwidowania spraw i majątku Oddziału.

Walne Zgromadzenie Oddziału dokona podziału majątku, uwzględniając cele Stowarzyszenia, wymienione w § 2 statutu. Gdyby Walne Zgromadzenie Oddziału nie mogło powziąć decyzji ważnej, przechodzi majątek Oddziału na cele przewidziane w § 2 statutu.

(Przytoczony statut był częściowo odczytany częściowo streszczony).

Pozostaje jeszcze do omówienia sprawa centrali Związku. Po dokładnych rozważeniach tej sprawy doszliśmy ze Zrzeszeniem Warszawskim do przekonania, że Centralę należy przejściowo założyć w Krakowie ze względu na najmniejsze zniszczenie naszego miasta. Naturalnie, że optimum byłaby Warszawa. Sądzę, że nie potrzebuję dłużej nużyć słuchaczy argumentacją o konieczności wznowienia Związku Lekarzy Ubezp. Społ.. Musimy budować od fundamentów jednolitość świata lekarskiego, musimy zagwarantować jego wpływ na sprawy zdrowia w państwie.

W związku z referatem zgłaszam następujące wnioski:

I. Ogólnopolski Zjazd Lekarzy Ubezpieczalni Społecznych powołuje do życia Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych z siedzibą Zarządu Głównego w Krakowie.

II. Ogólnopolski Zjazd L. U. S. uważa wskrzeszenie Związku Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych jako fundament do utworzenia Związku Lekarzy Państwa Polskiego, którego sekcją stanie się Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społecznych

Dyskusja:

Dr Martyński. Sprawa konieczności utworzenia Związku jest jasna. Niepodobna jednak mówić na pierwszym Zjeździe tylko o Związku Lekarzy U. S. lecz należy mówić o całości organizacji świata lekarskiego. Dziś widzimy skutki dawnych błędów. Wyobrażamy sobie organizację całości jako jedno koło i to jest Zarząd Główny, który ma poszczególne sekcje, oddziały czy związki w zależności od warsztatu pracy. Jednym z nich jest Związek Lekarzy U. S., potem Związek Lekarzy kolejowych, być może związek profesorów, asystentów itd.

To wszystko trzeba jeszcze powiązać z Izbą lekarską i ona musi być jednostką nadrzędną. Naczelna Izba Lekarska powinna tak samo wysyłać delegata do Zarządu Głównego Zw. Lek. P. P. Powinien być 1 sąd Izby lek., któremu podlegaliby członkowie Związku. Podobnie Komisja Rewizyjna. Organizacją centralną powinien być Zarząd Główny Związku Lekarzy P. P. z wydziałem Wykonawczym składającym się z osób zamieszkałych w siedzibie zarządu głównego. Każdy Związek Okręgowy musi mieć jednego delegata w zarządzie głównym, a jednego delegata Izba lek. Zarządy Okręgowe byłyby dostosowane do terenu. W ramach tej organizacji mieściłby się Związek Lekarzy US, więc musimy tylko uchwalić podstawę i wytworzyć Zarząd Główny Zw. Lek. US., ustalić siedzibę, a zarządy okręgowe muszą już powstać w terenie Ubezpieczalni społecznych. Niektóre już są. (Np. Kraków, Warszawa), na innych terenach jeszcze nie ma. Tam powstaną nowe zarządy okręgowe. Ewentualnie w małych ośrodkach powstaną oddziały.

Dr Metelski (Ostrowiec Kielecki) poddaje projekt utworzenia takiego związku krytyce i zapytuje co zrobić z takimi lekarzami, którzy nie pracują w Ubezpieczalni lub tylko w Ubezpieczalni. W małym mieście powstałyby więc dwie organizacje. Proponuję, aby odrazu założyć Zarząd Główny Zw. Lek. P. P., a potem z tego wydzielić Sekcje Lekarzy U. S.

Dr Liwszyc-Tomasik (Kraków) uważa, że nie należy sprawy komplikować i nie należy przesądzać dalszych losów tego Związku, który ma być utworzony. Związek Lekarzy US powinien powstać, gdyż Koledzy pracując w określonej instytucji są z nią związani, wytworzyli sobie specyficzne zainteresowania i potrzeby. Poza tym w ramach takiego związku możemy należycie pielęgnować naszą ideologię, ideę rozbudowy ubezpieczeń społecznych.

Dr Frąckowiak (Poznań). Związek Lekarzy US będzie stanowić podstawę do zorganizowania świata lekarskiego. W Poznaniu istnieje już Związek Zawodowy Pracowników Sł. Zdrowia, w którym Zw. Lek. P. P. stanowi sekcję. Jesteśmy za osobnym związkiem pod warunkiem, że stanie się kołem tej organizacji.

Dr Martyński: tam gdzie powstał już Związek Lekarzy P. P. tam Zw. Lekarzy US nie będzie go rujnował ani kasował. Podstawą jest Związek Lekarzy P. P. a Zw. Lek. US jest tylko sekcją.

Dr Jaroń (Częstochowa). Świat lekarski jest zorganizowany źle. 4. III 1945 powstał ZLPP na podstawie statutu z 1932 r. i szybko zyskał uznanie i prawa. Na niektórych terenach zaczęła się robota destrukcyjna. Znalazły się ośrodki, gdzie praca u samych podstaw była utrącana. Okręg łódzki bez porozumienia się wysforował się naprzód i utworzył powszechny Związek Pracowników Sł. Zdrowia. Utrącił nas tak, że odebrał nam teren. Zwróciliśmy się do Związku Pr. Sł. Zdr. sekcja lekarska w Łodzi, że tak być nie może i wskazywaliśmy na trudności materialne i organizacyjne. Nasze przewidywania potwierdziły się. Centr. Kom. Zw. Zaw. odmówiła pozwolenia na zwołanie Zjazdu. Decyzja ta nie jest demokratyczna, bo tamuje możność zrzeszania się i wyrażania swoich myśli. Zasadniczym celem jest zrzeszenie się w jednej organizacji, na terenie całej Rzplitej. Zrębem tego powinien być ZLPP. W porozumieniu z prof. Rutkowskim, prezesem Okr. krak. ZLPP mieliśmy to odłożyć do jutra, lecz ponieważ wniosek upadł, więc przedstawiam nast. rezolucję:

Z uwagi na konieczność zajęcia przez świat lekarski stanowiska w sprawach dotyczących zdrowia publicznego w Polsce Zjazd uważa, że: wznowienie jednolitej organizacji świata lekarskiego w postaci Związku Lekarzy P. P. zrzeszającej wszystkich lekarzy jest sprawą pierwszoplanową, 2. dla usprawnienia działalności Związku Lekarzy P. P. jest rzeczą potrzebną wyłonienie i utworzenie poszczególnych sekcji lekarzy wedle ich zakresu pracy. Sekcje te muszą mieć całkowitą autonomię w zakresie swego działania, występują jednak na zewnątrz pod firmą Związku.

Dyr. Dep. dr Grynberg: Dziwnym zbiegiem okoliczności obydwa referaty Kolegów Bibersteina i Gołąba najwięcej miejsca poświęciły sprawom historycznym, a mniej rzeczywistości i najbliższym perspektywom. Zarysowujące się w dyskusji różnice zdań oparte są na nieporozumieniu i niewłaściwym mianownictwie. Aby te sprawy lepiej zrozumieć należy wniknąć głębiej w obecną rzeczywistość.

Nasza sytuacja gospodarcza w porównaniu z rokiem 1939 zmieniła się, zostały upaństwowione, znacjonalizowane kluczowe gałęzie naszego przemysłu i bankowości. Planowość w gospodarce ogólnej państwowej stała się nakazem chwili. Z okresu liberalizmu przechodzimy w okres planowej gospodarki.

W r. 1918 zostało powołane do życia Ministerstwo Zdrowia. Było ono wyrazem dobrej woli pewnej grupy ludzi. Nasze Ministerstwo, powołane w 1945 roku opiera się na twardych podstawach rzeczywistości gospodarczej. Ministerstwo Zdrowia stało się już koniecznością. Musi być jeden centralny ośrodek dyspozycyjny, którvby wprowadził planową gospodarkę w całokształcie służby zdrowia w Polsce.

Zmieniła się również sytuacja polityczna i społeczna w kraju. Władza przeszła w ręce warstw pracujących: robotników, chłopów i pracującej inteligencji. Świat pracy stał się współodpowiedzialnym za losy kraju, stał się współodpowiedzialnym za gospodarkę i politykę w Państwie. Stąd też zmieniła się rola Związków Zawodowych w porównaniu z rokiem 1939. Związki Zawodowe nie ograniczają się już teraz jedynie i wyłącznie do obrony swych interesów zawodowych, ale biorą nader czynny udział w odbudowie gospodarczej kraju. Z tego powodu musiała się zmienić dawna struktura związków zawodowych. Ze związków branżowych zmieniły się one w tzw. związki pionowe obejmujące całą gałąź produkcji od początku do końca. Do Związku Zawodowego Przemysłu Hutniczego należą nie tylko hutnicy, ale wszyscy pracownicy związani bezpośrednio z tą gałęzią przemysłu, a więc zarząd centralny wraz ze swoimi dyrektorami, pracownikami itd. Ta sama sytuacja istnieje na terenie służby zdrowia. Wszystkie czynniki współdziałające w gospodarce, dotyczące służby zdrowia muszą być wciągnięte do jednolitego pionowego związku.

Ciekawa rzecz; ostatnio brałem udział w dwóch zebraniach lekarskich. Na jednym z nich byli lekarze politycznie zaangażowani, którzy mają mało styczności z klasą robotniczą. Na drugim zebraniu znajdowali się lekarze prawie wcale nie zaangażowani lub nie mający nic wspólnego z działalnością polityczną, a mający ogólne zainteresowanie dla pewnych zagadnień społecznych i ściśle związani ze światem zawodowo pracującym — robotnikami. Otóż na tym drugim zebraniu ideał jednolitego związku pracowników służby zdrowia trafił szybciej i bardziej do przekonania tych lekarzy aniżeli pierwszych.

Podczas jednego z moich pobytów w Krakowie odwiedziłem oddział doc. Nowickiego w szpitalu św. Łazarza. Dyskutowaliśmy na temat czy i kto z personelu szpitalnego ma mieszkać na terenie szpitala. Otóż wszyscy obecni lekarze jednogłośnie oświadczyli: „niepożądanym jest, ażeby ktokolwiek ze służby szpitalnej mieszkał bezpośrednio na terenie szpitala prócz jednego człowieka. I o dziwo, Człowiekiem tym był... mechanik Szpitala.

Wiemy wszyscy o tym jak ciężkie czasy przeżywa obecnie nasze szpitalnictwo, z jakimi trudnościami musi się borykać. Przy zetknięciu się z jednym z bardzo dzielnych dyrektorów szpitala na terenie Polski, pytałem się czemu on zawdzięcza tak względnie dobrą sytuację swego szpitala. Oświadczył: jest to zasługa jednego z moich wieloletnich współpracowników biurowych. Jest to człowiek, który konsekwentnie potrafi egzekwować należne szpitalowi sumy z tytułu opłat szpitalnych.

Proszę Kolegów! Czy nie jest słusznym, aby właśnie ci ludzie znaleźli się w ramach tego jednolitego związku, który ma za zadanie nie tylko obronę interesów zawodowych, ale również współpracę twórczą w dziedzinie samej gospodarki instytucji służby zdrowia. Obawy o majoryzację czynnika niefachowo lekarskiego są zupełnie płonne. Wiemy o tym i jesteśmy absolutnie przekonani, że zawsze głosem decydującym w danej instytucji leczniczej, instytucji pomocy lekarskiej będzie tylko głos lekarza.

Szereg takich związków powstał już w woj. Łódzkim i okazuje się, że we wszystkich bez wyjątku oddziałach na przewodniczących tych związków zostali powołani właśnie lekarze. Interesy zawodowe, poprawa bytu lekarzy nie tylko na tym nie ucierpi, ale wprost przeciwnie — zyska.

Wielokrotnie w tej dyskusji podnoszone było, że pracownicy fizyczni potrafią lepiej walczyć o swoje prawa do minimum egzystencji. Mają oni pod tym względem dłuższą tradycję i lepszą zaprawę. Stąd też jeżeli lekarze pójdą razem z nimi, pod tym względem napewno zyskają. Sprawy zawodowe lekarskie będą doskonale zagwarantowane w sekcjach lekarskich i kołach lekarzy ubezpieczalnianych tego związku. Powstanie jednolitych pionowych związków służby zdrowia w Polsce będzie tym czynnikiem, który pomoże Ministerstwu Zdrowia w rozwiązywaniu zagadnień życia codziennego. Stąd też spotyka się z poparciem ze strony Ministerstwa Zdrowia.

Dr Martyński: ex praesidio wyjaśniam, że nie ma i nie będzie tarć między lekarzami a światem pracy. Jeżeli będą tarcia, to tylko z władzami administracyjnymi.

Dr Stefański. Okupant rozwiązał w Warszawie Zw. Lek. P. P. Przed wojną według umowy lekarze US stanowili 51% Zw. Lek. P. P. Kol. Gołąb zaznaczył, że Związek Lek. US wejdzie jako autonomiczna

sekcja do ZLPP. Nie możemy czekać z założonymi rękami.

Dr Grodecki nawiązuje do przemówienia dra Grynberga. Mówiliśmy o organizowaniu Zw. Lek.US, lecz to nie mówi nic o możliwościach dalszej organizacji. Mamy możliwość albo należeć do Związku Pracowników U. Sp. albo Związku Prac. Sł. Zdrowia. Istnieje jednak „ale". Nie wszystkie związki zawodowe wypowiedziały się za pionowymi związkami (np. Zw. Zaw. Dziennikarzy powiedział, że mu to nie odpowiada. Należy do organizacji specyficznej i samowystarczalnej. Tak sami specyficzny jest Związek literatów, Związek lekarzy. Związek Lek. US nie decyduje o tym, jak sprawa posunie się dalej. Nie ma żadnych przeszkód w wytworzeniu się Związku Lekarzy US i Związku Lekarzy P. P.

Dr Makowska (Poznań). Jeżeli powstanie Związek Lekarzy US i włączony zostanie do Zw. Prac. Sł. Zdr., to nie będzie Związkiem Lekarzy US, tylko Związkiem Pracowników Ubezp. Społ., bo tam są pracownicy sł. zdrowia. U nas nie istnieje Związek Lekarzy, tylko Związek Zawodowy.

Dr Szaniawski. Pracownicy sł. zdrowia ciągle się zmieniają i łączność lekarzy z nimi jest chwilowa. Lekarski związek w stosunku do nich powinien być zatem organizacją nadrzędną, nie zaś odwrotnie.

Dr Magalif (Łódź). Historia Zw. Prac. Sł. Zdr. w Łodzi jest taka, że Min. Litwin był w Łodzi, zebrał wszystkich, i on pierwszy zorganizował pracowników sł. zdrowia. CKZZ ogłosiła „Związek Prac. Sł. Zdrowia". Żadnego Związku Lekarzy P. P. CKZZ nie zatwierdziła i taki Związek nie będzie istniał samodzielnie w CKZZ. Czy to jest dobrze dla lekarzy, dyskusja pokaże. Jest Związek Pracowników Sł. Zdr., który ma autonomiczną sekcję. Związek Lek. PP nazywa się sekcją lekarską przy Związku Pr. Sł. Zdr. Do Zarządu wchodzą lekarze i decydują o sprawach zdrowia. Do spraw tej sekcji inne sekcje się nie wtrącają. Sekcja felczerów, akuszerek itd., każda omawia swoje sprawy. W skład Zarządu Gł. Związku Pr. Sł. Zdr. wchodzą 2 lekarze i po jednym felczerze, akuszerce itd. Wszędzie prezesem będzie lekarz. Jeżeli do sprawy tak wszędzie podejdziemy, jak w Łodzi, to wszędzie będzie decydował lekarz. Jeżeli się odsuniemy, to na prezesów nie będą wybierać lekarzy. W obecnej strukturze tylko Zw. Pr. Sł. Zdr. ma rację bytu, bo zbierają się nie tylko lekarze, lecz wszyscy (np. w sprawach szpitala). Tak jest w Łodzi; lekarze nie są majoryzowani. Łódź chciała zorganizować Zjazd lekarzy. CKZZ odmówił z motywem, że lekarze mogą u siebie zorganizować sekcję w Zw. Pr. Sł. Zdr. Istnieje sekcja lekarzy samorządowych, fabrycznych itd. W Warszawie CKZZ uważał, że w sprawach US powinni się zjechać lekarze US. Przeciw takiemu Zjazdowi jak dziś, Warszawa nic nie ma. Koledzy łódzcy uważają, że nie należy się eliminować ze Związków zawodowych i nie zaostrzać stosunków.

Atakują nas wszędzie. Na posiedzeniach akuszerki i felczerzy nie tylko nam współczują, lecz chcą pomóc. Zw. Pr. Sł. Zdr. to jest jedyna forma organizacyjna. Lekarzom łódzkim odpowiada zupełnie koło lekarzy US w formie sekcji lekarskiej w Związku Pr. Sł. Zdr.

Mgr Kerc (Ubezpieczalnia Krakowska). Zaszedł cały szereg nieporozumień. Mówię imieniem Zarządu Gł. Związków Zawodowych Pracowników Instytucji Ub. Społ. Prostuję oświadczenie dra Grynberga i delegata z Łodzi. Byłem na tej uchwale CKZZ która mówi, że zasadniczo ma istnieć Zw. Pr. Sł. Zdr.. Lecz dlaczego tę okoliczność podnosi się na dzisiejszym Zjeździe? Jeżeli chodzi o Zw. Prac. Inst. Ub. Sp., to od palacza do lekarza wszyscy mają należeć do Zw. Pr. Inst. Ub. Sp. i na tym polega pionowa organizacja pracowników US. Nasz Związek zasiada w CKZZ. Zanosiło się, że i pracownicy ZUSu mieli należeć do Zw. Pr. Sł. Zdr. Rozstrzygnięcie było takie, że będzie istnieć samodzielny Zw. Pr. I. U. S. Gdyby lekarze US mieli wejść jako sekcja do Związku zawodowego, to w każdym razie nie jako sekcja Zw. Pr. Sł. Zdr., lecz do Związku Pr. Inst. Ub. Sp. Mieliśmy na ten temat dyskusję w CKZZ. Dlatego ze zdumieniem dowiaduję się, że lekarze należą do Zw. Pr. Sł. Zdr. Lekarze US są raczej związani z Inst. Ub. Sp., niż z pracownikami sł. zdr. Ten punkt widzenia byłby racjonalny tylko gdyby istniała powsz. sł. zdrowia.

Dr Stefański zapytuje, dlaczego brać wzór z organizacji jaka istniała za okupacji niemieckiej. Takiej organizacji nie chcemy. (oklaski).

Dr Breyer przypomina, że zebraliśmy się tu dla zorganizowania nic czego innego, lecz Związku Lekarzy US.

Dr Martyński: wszyscy nas pragną, lecz nikt się nie chce nami opiekować. Sprawy polityczne są b. ważne, lecz nie w tym gronie je możemy rozstrzygać i one muszą być oddzielone od spraw związku lekarzy i lecznictwa. Ci którzy organizują lecznictwo muszą myśleć i o urzędnikach. To słuszne. Jeżeli to organizuje Minister, to to jest słuszne. Lecz nas lekarzy obowiązkiem jest myśleć o poziomie lecznictwa, a nie to aby tworzyć szkołę sanitarną. Tamto jest może koniecznością, lecz nie z punktu widzenia poziomu nauki. My lekarze musimy myśleć o poziomie lecznictwa i dlatego musimy się najpierw zorganizować jako lekarze. Będziemy współpracować ze wszystkimi. Jeżeli wejdziemy do pracowników służby zdrowia, to spadniemy tylko na dół.

Dr Grodecki: 11 VIII mówiliśmy z w. min. Gebartowskim o sprawach lekarzy. Powiedział nam, że nie będzie spraw z nami omawiać, dopóki nie wytworzymy organizacji związku lekarzy US. Lecznictwo leży w obrębie planowania Mtwa Zdrowia. Z pracownikami Sł. Zdr. musimy współpracować, lecz to nie przeszkadza wytworzeniu organizacji lekarskiej, bo taka organizacja może należeć wszędzie, jako jednostka autonomiczna. Bliższy nam jest Związek Prac. Ub. Sp. niż Służby Zdrowia.

Stawia wniosek o zamknięcie dalszej dyskusji z uwzględnieniem zapisanych do głosu.

Uchwalono, przy jednym głosie sprzeciwu.

Dr Śnieżko: jeżeli wszyscy mają prawo tworzenia związku zawodowego, to dziwić się wypada dlaczego odmawia się tego prawa lekarzom, a chce się ich wtłoczyć w Zw. Pr. Sł. Zdr. i odmawia prawa własnego związku. Do Związku Nauczycieli nie należy np. pedel, stróż itd. Przeciw lekarzom jest nagonka. W Tarnowie mieliśmy starcie ze Związkami Zawodowymi. Nawet ta sprawa oparła się o Kraków. Zarzucali nam nawet takie rzeczy, jakoby lekarze w czasie okupacji

zachowywali się nie po obywatelsku za co nas po interwencji w O. K. Z. Z. przepraszano. Należy utworzyć Związek Lekarzy US, który będzie sekcją ZLPP.

Dr Schimmer: Nie eliminujemy się z życia społ. politycznego. Do Zw. Zaw. opłacamy 10% składek. Komisja obwodowa nas uznaje, zawiadamia nas o posiedzeniach. Przy obsadzaniu Rad Narodowych weźmie pod uwagę kandydatury poszczególnych lekarzy. Nie widzę powodu, aby Związek Lekarzy US nie mógł samodzielnie należeć do CKZZ.

Dr Liwszyc: Nie w porządku znalazła się CKZZ, że nie pozwoliła w Łodzi na Zjazd. W chórze Związków Zawodowych powinien znajdować się i Zw. Lek. US. Antycypując tendencje rozwojowe, m. i. oddzielenie lecznictwa od US oraz wprowadzanie powsz. sł. zdrowia, bliżsi jesteśmy pracownikom sł. zdrowia niż pracownikom Ub. Sp.

Dr Stawiński (Bielsko). Powinien być jeden Związek Lekarzy, a w jego ramach powinien znaleźć się Zw. Lek. US jako sekcja.

Dr Mirowski: Najpierw utworzyć Związek, a potem dopiero decydować, gdzie ma należeć. Czy to ma być sekcja czy nowy związek, to o tym będzie się decydować później. Czy dziś o tym ma się prawo decydować, to jest wątpliwe, bo delegaci zostali wydelegowani tylko do stworzenia Związku Lek. US. W tej chwili jesteśmy raczej zbliżeni do Zw. Prac. US.

Dr Marcinkowski: Jeżeli sprawy zdrowia mają mieć suwerenność, to musi o nich decydować Mtwo zdrowia. Jeżeli dojdzie do skutku Zjazd Prac. US, musi przyjąć jako konsekwencję, że może być tylko Zw. Lekarzy PP, a nie pracowników sł. zdrowia. Albo bojowość, albo jednolitość. Światu lekarskiemu pozostaje albo utworzyć sekcję lekarzy US przy ZLPP, albo przy Związku Prac. Sł. Zdr. Są tylko te dwie możliwości. W OKZZ w Krakowie informowano mnie i proszono, abyśmy nie dopuścili do wiążących uchwał co do organizacji świata lekarskiego na przyszłość. Lekarze nie mogą przyjąć decyzji co do organizacji świata lekarskiego w ogóle. W najbliższych dniach 16—18 XI 45 odbędzie się kongres Związków Zaw. Tam te sprawy będą też przedmiotem dyskusji i będą załatwiane. Więc sprawy nie można przesądzać. Dlatego proszę, aby Związek Lek. US rozwinął na ten temat dyskusję, bo trzeba dać wytyczne, do jakiej organizacji chcemy należeć.

Dr Zabłocki (Białystok): Ubezpieczeniowcy nas lekarzy nie przyjmują. Gdybyśmy tam weszli, mielibyśmy głos. Dlatego należy tam wejść jako sekcja lekarska US. Związki Zawodowe sięgają do polityki światowej. Na Zjeździe 18 XI możemy przedstawić sprawę, powołując się na związek dziennikarzy, literatów itd.

Dr Gołąb: wyjaśniam kol. Metelskiemu, że jego obawy są płonne. Jeżeli powstanie Związek Lekarzy US jako sekcja ZLPP, to to jest jedna organizacja i może istnieć na jednym terenie.

Jako wynik nieporozumienia traktuję również przemówienie dra Grynberga. To były wynurzenia osobiste. Kategorycznie stwierdzam, że nie widzę tego, abyśmy się chcieli eliminować z CKZZ. Nikt w ogóle tego nie mówił. Są jednak rzeczy, nad którymi muszą mówić raczej tylko zainteresowani. Tak jest na całym wiecie. Należy wytworzyć jednolitą opinię lekarską, a ta nie może nikomu szkodzić. Jeżeli CKZZ nas nie przyjmie, to będziemy istnieć jako Towarzystwo. Gdzie lekarze będą należeć, do takich czy innych związków zawodowych tegośmy nie rozstrzygnęli, bo musimy czekać na wynik obrad kongresu. Nikt nie zagwarantuje mi czy Zw. Lek. P. P. może się zarejestrować w CKZZ. Tam istnieje chaos, o którym wszyscy wiemy. CKZZ musi mieć jednolitą politykę zawodową, lecz jej nie ma i musi ją sobie dopiero wytworzyć.

Nie widzę żadnych tarć między światem pracy a lekarzami. Kol. Magalif uderzył w nas argumentem, że Minister przyjechał do Łodzi, zorganizował lekarzy i wcielił ich do Związku Pracowników Służby Zdrowia. To nie jest argument. Wobec tego faktu nie możemy stanąć na baczność. Z kontaktu osobistego z Ministrem Zdrowia wyniosłem jak najlepsze wrażenie. Jestem z całym uznaniem dla jego poczynań w sprawach polityki zdrowia w państwie. Ale Minister nie jest od zakładania Związków Zawodowych. Jeżeli uważamy, że trzeba założyć taki albo inny Związek, to go założymy. Związek I. U. S. będzie działalność swoją rozwijał na całą Polskę, i tego nie możemy zmienić. Musi istnieć jednolita organizacja zawodowa. Jeżeli C. K. Z. Z. potrafi zabronić Zjazdu Lekarzy, jeżeli Zw. Pr. Sł. Zdr. nie potrafi w CKZZ zdobyć na tyle posłuchu, aby przeforsować swoją wolę, to tam dzieje się źle i my tego zła nie będziemy powiększać. Jeżeli jako jednolita organizacja wejdziemy do Związków Zawodowych, to musimy w nich mieć odpowiedni głos i autorytet, a jeżeli wyrwiemy się jako jedno jedyne miasto to dostaniemy zawsze po skórze.

Dr Biberstein odczytuje nazwiska uprawnionych do głosowania delegatów, podając, ile kto reprezentuje głosów. Głosowanie odbywa się połowami sali. Każdy podnosi tyle palców, ile reprezentuje głosów.

Za siedzibą Zarządu Głównego Związku w Warszawie padło 6 głosów, przeciw siedzibie w Warszawie 32 głosów (tj. za siedzibą w Krakowie). Poprawka upadła.

Za wnioskami padło 41 głosów, przeciwko 2 głosy (Gdańsk reprezentujący 2 głosy).

W dyskusji nad wnioskami dra Jaronia podnosi dr Frąckowiak, że ten wniosek nie należy do dzisiejszego porządku dziennego. Dr Gołąb jest za przegłosowaniem go jeszcze przed referatami. Uchwalono.

Dr Liwszyc-Tomasik zgłasza wniosek: Zjazd stwierdza konieczność stworzenia jednolitej organizacji zawodowej świata lekarskiego i wypowiada się za ścisłą współpracą tejże z CKZZ. Uchwalono jednogłośnie.

Dr Gołąb: Odczytuje par. 14-ty Statutu Związku Lekarzy Kas Chorych. Proponuje wybór Komisji Matki.

Dr Biberstein zgłasza listę kandydatów do Komisji Matki, którą jednogłośnie przyjęto w następującym składzie:

Dr Czapnicki, dr Swat, dr Olesiński, dr Jaroń, dr Hanke, dr Sienkiewicz, dr Janusz i dr Starzyński.

Na wyborze Komisji Matki zakończono obrady w dniu 3 XI.

Drugi dzień obrad 4 XI 1945

Komisja Matka proponuje wybór Zarządu Głównego w następującym składzie:

Prezes: dr Jan Gołąb (Kraków).

Wiceprezesi: dr Czapnicki Henryk (Kraków), dr Martyński Stanisław (Warszawa), dr Hanke Edward (Katowice), dr Janusz Wiktor (Gdańsk-Gdynia).

Sekretarze: dr Ameisen Aleksander (Kraków), dr Grodecki Miłosz (Warszawa).

Skarbnicy: dr Biberstein Aleksander (Kraków), dr Jaroń Włodzimierz (Częstochowa).

Członkowie Zarządu: dr Liwszyc-Tomasik Stanisław, dr Osowski Aleksander, dr Sokołowski Józef, dr Spoczyńska Jadwiga, dr Ładyński (Kraków), dr Olesiński Ignacy (Warszawa), dr Paszkowski Aleksander (Kielce), dr Sienkiewicz Bolesław (Łódź), dr Starzyński Sławomir (Sosnowiec), dr Stefański Wacław (Rybnik-Pszczyna), dr Śnieżko Tadeusz (Tarnów), dr Zabłocki Adam (Białystok).

Zastępcy Członków Zarządu: dr Jasieński Jerzy dr Pawłowski Ferdynand (Kraków), dr Mąkowska Maria (Poznań), dr Waga Franciszek (Radom), dr Hoduńko Włodzimierz (Krosno), *vacat* (Lublin).

Komisja Rewizyjna: dr Ciećkiewicz Marian, dr Kusiak Marian (Kraków), dr Garbień Józef (Chorzów), dr Schimmer (Chrzanów).

Sąd honorowy: dr Stępowski Bronisław ,dr Swat Adam, dr Pieczarkowski Marian, dr Szyberna Stefan, (Kraków), dr Baborski Otmar (Bytom).

Wybór według listy Komisji Matki przyjęto jednogłośnie.

Wnioski dra Jaronia: uchwalono pkt 1) jako wniosek, pkt 2) jako dezyderat.

Dr Gołąb stawia wniosek: Zjazd delegatów upoważnia Wydział Wykonawczy Zarządu Głównego do wprowadzenia do statutu poprawek redakcyjnych, które okażą się konieczne przy zarejestrowaniu statutu Związku Lekarzy US. Jednogłośnie uchwalono.

Dr Stefański: ponieważ przyjęliśmy wybór Zarządu trzeba pomyśleć o podstawie materialnej i przeprowadzić uchwałę co do wysokości składek, trzeba rozstrzygnąć, czy składki mają być procentowe czy stałe.

Dr Gołąb referuje sprawę składek proponując jeden procent od poborów, Ze składki tej będzie się opłacać zarówno Z. L. U. S. jak i składkę do Z. L. P. P. Oddziały będą wpłacać składki do Okręgów, Okręgi zaś do Centrali. Jeżeli się połączymy ze Związkami Zawodowymi, to całą konstrukcję będziemy musieli zmienić. Proponuję jeden procent od poborów składać do Okręgów na potrzeby naszej organizacji.

Uchwalono jednogłośnie: strącać jeden procent poborów na potrzeby Związku Lekarzy U. S. z czego będą płacone składki do Związków L. P. P. Następnie omawiano koszta obecnego Zjazdu, których większą część ponosi Kraków, resztę rozdzieli się na poszczególne tereny.

Przystąpiono do programu drugiej części Zjazdu z tym, że dyskusja będzie się odbywać nad obu referatami łącznie.

Pierwszy referat wygłasza dr Liwszyc-Tomasik pt.:

POWSZECHNA SŁUŻBA ZDROWIA

Wstęp

Jest coś, co różni związek zawodowy lekarzy — zwłaszcza związek lekarzy ubezpieczalni społecznych — od innych związków: to szczególna funkcja i powaga trudu lekarskiego. Zdrowie ludności zajmuje jedno z czołowych miejsc w hierarchii wartości. Nic nam, wszelako, nie unaoczniło tak głębokiej zależności losów biologii człowieka od warunków społecznych, jak dopiero co miniona wojna. Swoista „patologia ucisku“ męczonych w obozach ludzi, ostry wyskok w nasileniu gruźlicy, fatalne skutki chronicznego niedożywienia wyżłobiły na naszym profilu biologicznym niezatarte ślady. Wyszliśmy z tej wojny bogatsi w okrutne doświadczenie, że nic — a zatem i praca lekarska — nie dzieje się w oderwaniu od całej naszej bujnej problematyki społeczno-politycznej, oraz że wojna przebyta miała również kolosalne, przeorywujące wszystko dokoła znaczenie światopoglądowe. Jak wszystkie inne zjazdy tak i ten zjazd musi zatem sformułować nasze cele i z wojny wynikające konsekwencje natury ogólnej i zasadniczej.

Poruszenie celów społecznych przez powstać mający Związek Lekarzy Ubezpieczeń Społ. nie jest, wszelako, rzeczą nową. Przypomnieć warto, że u kolebki całego życia ideologicznego pierwszych lekarzy ubezpieczeniowych spoczywała myśl o konieczności zapewnienia pełnej, kwalifikowanej pomocy lekarskiej tej warstwie ludności, która w ówczesnych czasach była najbardziej wyzyskiwana i upośledzona. Chodziło wtedy o klasę pracującą, o klasę najmitów. Ówczesny Związek Lekarsko-Społeczny, protoplasta późniejszego Związku Lekarzy Kas Chorych musiał niejedną stoczyć batalię z tym obozem lekarzy, którzy się uparcie przed wszelkimi ubezpieczeniami społecznymi wzbraniali, Najszlachetniejsi przedstawiciele tego obozu utrzymywali, że w istocie samej pracy lekarskiej — ściśle indywidualnej — tkwią nieskażone pierwiastki etyczno-społeczne, że w dodatku istniejące tuż obok instytucje charytatywne, względnie opieka społeczna, należycie omaszczona duchem filantropii (w XIX wieku jeszcze cierpliwie przez masy znoszonej) zupełnie społeczeństwu wystarczają, zaś sumienia lekarzy nie mącą.

Dziś sytuacja z gruntu się zmieniła. Wśród niebotycznych trudności rodzi się nowy ustrój, którego istotnymi znamionami mają być — obok przywrócenia człowiekowi jego godności — uspołecznienie głównych elementów naszej produkcji i planowość gospodarki. Dziś prąd zdemokratyzowania naszego życia w sensie zapewnienia szerokim warstwom ludowym równych szans, równego startu i możliwości porywa dużą część inteligencji. Pociąga za sobą i lekarzy. Świat lekarski coraz bardziej uświadamiając sobie, że zdrowie jednostki jest zagadnieniem nie indywidualnym, lecz społecznym, wypowiada się w zasadzie za udostępnieniem pomocy lekarskiej wszystkim obywatelom. Nie ma ta pomoc być aktem łaski lub miłosierdzia, lecz wyrazem takiego samego obowiązku zbiorowości wobec jednostki, jak nim jest postulat prawa do pracy, do ochrony prawnej dla każdego obywatela, prawo do szkoły dla wszystkich

dzieci. Jednakże ograniczenie się do stwierdzenia, że zalewa nas fala dokonujących się wszędzie wielkich przeobrażeń dziejowych i że — w poczuciu fatalizmu sytuacji — nie pozostaje nam nic innego, jak dostroić się odpowiednimi hasłami do otaczającej nas „nowej rzeczywistości", upodobniło by nas do obcych nam duchem nuworyszów postępu i konjunkturalistów. Stworzyłoby to oczywiście dla naszej działalności podstawy ideowe nader kruche i nietrwałe. To też nie chcąc wpaść w pospolity już dziś snobizm demokratyczny, powinniśmy sobie — my lekarze ubezpieczalni społecznych — dokładnie uzmysłowić i uświadomić, jakie to nasze wewnętrzne, własne, wywodzące się z lekarskiej pracy zawodowej racje wyznaczają nam szczególną rangę i wyjątkową pozycję w obozie demokracji społecznej, jakie przesłanki, założone w medycynie samej, narzucają nam potrzebę domagania się upowszechnionej służby zdrowia w Polsce.

I. Przesłanki Powszechnej Służby Zdrowia.

Dadzą się one w skrócie ująć w następujących punktach:

1) Żądanie uspołecznionej służby zdrowia zdeterminizowane jest przez sam rozwój medycyny, jako nauki. Jesteśmy świadkami nieuchwytnej wprawdzie, lecz niemniej systematycznej ewolucji przedmiotu zainteresowania się dzisiejszej medycyny: człowiek chory, jako obiekt dotychczasowych badań, coraz więcej ustępuje miejsca człowiekowi zdrowemu z jego najdelikatniejszymi bądź funkcjonalnymi prepatologicznymi, bądź konstytucjonalnymi odchyleniami od normy. Tu właśnie bije jedno ze źródeł narodzin profilaktyki społecznej. Ona to z racji rozległości swych zadań i celów, z racji coraz bardziej umasowionego zasięgu obiektów swej kontroli zapładnia wielki obszar polityki socjalnej ideologicznymi przesłankami upowszechnienia pomocy lekarskiej.

2) Ubezpieczenia społeczne w swej dalszej perspektywie, w miarę swego posuwania się ku zabezpieczeniu całej ludności, są zainteresowane nie tylko w utrzymaniu na możliwie niskiej stopie procentu bezrobocia ale i w osiągnięciu możliwie wysokiego poziomu polityki zdrowotnej kraju. Wahania poziomu tej ostatniej łatwo odbijają się na kwocie, przeznaczonej na zasiłki chorobowe. Inicjatywą planu zaprowadzenia powszechnej służby zdrowia w Angliii wychodzi właśnie z kół ubezpieczeniowców z Beveridge'm na czele.

3) Coraz bardziej komplikująca się z każdym dniem struktura naszych społeczeństw, zwłaszcza zaś rozwój przemysłu oraz proces odbudowy kraju, nasiąknięte sanitarno-technicznymi punktami widzenia, czynią z lekarza nieodzownego doradcę i technika. Medycyna społeczna przestaje być zagadnieniem, obchodzącym wyłącznie świat lekarski i środowisko chorych. Bez współpracy i bez współudziału lekarza nie może się obejść ani szkoła, ani fabryka, ani żłóbek, ani sport, ani administracja. Z drugiej strony, jednakowoż, oswoić się musimy z faktem, że należyty rozwój instytucji leczniczo-profilaktyczno-sanitarnych wymaga wydatnego i aktywnego poparcia czynnika użytkowników pomocy lekarskiej, zwłaszcza zaś ludzi pracy.

4) Głęboko odczuwana jest potrzeba planowego zorganizowania naszego życia. To pragnienie wyplenienia z niego zarodków anarchii dyktuje również światu lekarskiemu konieczność racjonalnego i przemyślanego uchwycenia całokształtu zdrowia publicznego w ramy ustroju, podlegającego prawu liczenia się z potrzebami ogółu, a nie z chęcią zysków osobistych. Podobnie, bowiem jak inne dziedziny działalności ludzkiej, tak i zawód lekarski wplątany jest w krąg absurdalnych sprzeczności. Z jednej strony powszechny głód pomocy lekarskiej (w szczególności na wsi), z drugiej zaś strony — tragicznie i gorzko przez niektórych lekarzy odczuwana ich rzekoma nadprodukcja. Albo, — jeżeli popatrzyć na rzeczywistość z innej płaszczyzny: — wyczulona finezyjnie orientacja teoretycznej medycyny na człowieka zdrowego z najlżejszymi zaburzeniami czynnościowymi w jego ciele i psychice, obok częstej komercjalizacji i podświadomej spekulacji wielu lekarzy na wzrost chorobowości. Pozostawiam na boku znaną nam wszystkim — zgoła zresztą inflego rodzaju — koszmarno-groteskową antynomię zaprezentowaną nam w czasie okupacji przez tzw. lekarzy hitlerowskich, jakże często występujących w roli nie tylko czynnika chorobotwórczego, ale i śmiercionośnego.

5) Obfity plon doświadczeń i obserwacji zebranych dotąd z odcinka działalności ubezpieczeń społecznych, każe przewidywać, że upowszechniona służba zdrowia pociągnie za sobą wzrost kultury zdrowotnej społeczeństwa. Właściwa krucjata przeciw zabobonom i przesądom w zakresie ochrony zdrowia datuje się od ery ubezpieczeń społecznych. Zbędną jest rzeczą nadmieniać, że w tych warunkach ilość placówek lekarskich będzie wciąż wzrastała i lekarze będą mieli pracy w bród.

6) Upowszechnienie służby zdrowia — jak to zresztą widzieliśmy na przykładzie rozwoju ubezpieczeń społecznych zagranicą, zwłaszcza w Rosji Sowieckiej oraz w Niemczech i Austrii przedhitlerowskich umożliwia szybszy postęp medycyny, jako nauki. Zdobycze w dziedzinie badań — zwłaszcza klinicznych — nad gruźlicą i rakiem, opracowanie wielkiego obszaru chorób zawodowych, niebywały rozkwit rentgenologii i medycyny urazowej — zwłaszcza chirurgii i neurologii — udoskonalenia w zakresie fizykalnego lecznictwa i przemysłu farmaceutycznego — wszystko to w dużej mierze zawdzięczać należy ubezpieczeniom społecznym, względnie organizacji masowego lecznictwa.

7) Wreszcie niepośledni wpływ wywarłaby powszechna służba zdrowia na rekonstrukcję poważnie nadszarpniętej przez wojnę deontologii lekarskiej. Lekarz — oczywiście, dobrze w swoich potrzebach zabezpieczony i należycie przez społeczeństwo za swój odpowiedzialny trud wynagradzany, nie zmuszony do uganiania za groszem, — bardzoby zyskał na powadze i atorytecie.

II. Przeszkody w realizacji.

Przeszkody, piętrzące się na drodze do urzeczywistnienia powszechnej służby zdrowia sprowadzają się w chwili obecnej do braku lekarzy z ich wa-

pliwym rozmieszczeniem oraz do dewastacji naszej gospodarki. Pokutujące przed wojną wśród lekarzy poglądy przeciwne wszelkim próbom upowszechnienia lecznictwa — wywiały po obecnej wojnie ze świadomości świata lekarskiego prawie zupełnie. Samo życie ujawniło zwodniczość tych wszystkich stereotypów myślowych — w rodzaju nietykalności nieograniczonego wolnego wyboru lekarza, nieuchronności zapanowania szablonu w warunkach zorganizowanego lecznictwa masowego, wreszcie rzekomego zakłócenia i zniekształcenia w ambulatorium społecznym tej bezpośredniości kontaktu między lekarzem a pacjentem, jaka wyciskała piętno na erze medycyny indywiualnej. Nie zachodzi dziś potrzeba dokładnego demaskowania tej całej wysublimowanej mitologii, wstydliwie nota bene pomijającej milczeniem sprawę honorarium — nie zawsze pomyślnie regulującego bieg i kierunek leczenia chorego.

Istotną natomiast przeszkodę stanowi brak lekarzy oraz ciężka sytuacja finansowa naszego kraju. O tym zawsze przy snuciu planów powinniśmy pamiętać. Pozostało nas ok. 7000 lekarzy, spadliśmy na ostatnie niemal miejsce w tabeli, ilustrującej stosunek lekarzy do mieszkańców (warto przypomnieć, że przed wojną obecną wypadało w Polsce 3,7 lekarzy na 10000 ludzi, w przeciwstawieniu do Niemiec ze wskaźnikiem 9—10 : 10000, Czechosłowacji z 7,4— 10000 i Rosji Sowieckiej z 5 : 10000). W dodatku pod względem rozmieszczenia przypominamy chyba Rumunię, gdzie na 7000 lekarzy — prawie 4000 praktykuje w Bukareszcie. Tak, jak i tam, tak i u nas wieś ciągle jest kopciuszkiem medycyny. Jeśli uwzględnimy przy tym złupienie i zniszczenie przez wroga naszych gmachów i urządzeń, to musimy dojść do wniosku, że nasycenie całej ludności pełnowartościową, bezpłatną pomocą lekarsko-profilaktyczno-sanitarną nastąpić by mogło po okresie choćby częściowego podźwignięcia się z zastanej ruiny i chaosu oraz po odchowaniu narybku lekarskiego, przynajmniej do wskaźnika 5 lekarzy na 10000 mieszkańców

III. Wytyczne organizacji

Już teraz jednak rysują się przed nami w perspektywie cztery możliwości organizacji służby zdrowia.

1) 2) Niezbyt realnymi wydają się koncepcje oparcia powszechnej służby zdrowia na chronicznie deficytowym samorządzie gminnym oraz na spółdzielniach zdrowia. Ten ostatni system, jakkolwiek byłby wsparty o prawdziwą, dobrowolną, twórczą i wychowującą masy demokrację, nie przyjąłby się u nas, gdyż — jak szczątkowe doświadczenia z naszymi spółdzielniami zdrowia pouczają — ani stopień uświadomienia, ani stopień zamożności naszego społeczeństwa nie zezwalają na kładzenie głównego nacisku na ten właśnie sposób rozwiązania zagadnienia.

3) Następna koncepcja — to koncepcja ubezpieczeniowa. Jej zwolennicy chcą wykorzystać ocalałą w czasie wojny solidną podstawę organizacyjną ubezpieczalni społecznej, by stworzyć z niej punkt krystalizacyjny dla Powszechnej Służby Zdrowia. Istotnie, jeśli zważymy, że ludności miejskiej było przed wojną około 10 milionów i że ubezpieczenia społeczne obejmowały około 4 miliony ludzi, to otrzymamy 40% ludności miast włączonej w zorganizowane lecznictwo społeczne. W miarę zwiększania się sektora gospodarki uspołecznionej odsetek ten stale by wzrastał. Nie powinniśmy jednakże zamykać oczu na to, że projekt ten sprzeczny jest z coraz widoczniejszą tendencją rozluźnienia historycznie przypadkowego związku lecznictwa z ubezpieczeniami społecznymi. Widzimy to zarówno w Anglii, jak i w Rosjii. Poza tym projekt ten, przewidujący również przekazanie działu zasiłkowego (obok leczniczego) kompetencji Ministerstwa Zdrowia stworzyłby w jednej instytucji podwójną zależność od 2 ministerstw i mijałby się z powszechną już dziś dążnością sprowadzenia różnych form ubezpieczeń społecznych do wspólnego mianownika — tzn. do utworzenia jednolitych ubezpieczeń społecznych od braku zarobku.

4) Pozostaje czwarty i tym razem jedynie realny, moim zdaniem, wariant — ześrodkowanie działalności i organizacji powszechnej służby zdrowia w jednej centralnej władzy państwowej. Dawałoby to rękojmię ujednolicenia, przejrzystości i szybkości wprowadzenia w życie przyjętej z góry linii generalnej. Miałoby to wielkie znaczenie w naszym zniszczonym przez wroga kraju. Grożące temu systemowi zwyrodnienie biurokratyczne oraz szablonowość dałyby się zażegnać w drodze powołania do życia komisji, względnie rad zdrowia (zresztą już z różnych stron proponowanych i dawno w Anglii — jako councils — realizowanych), w którychby czynnik wyłoniony z samorządu terytorialnego, ze związków zawodowych, spółdzielczości, instytucji naukowych itp. spełniał funkcje doradcze, kontrolne i opiniodawcze — u boku odnośnej instancji na każdym szczeblu drabiny administracyjnej — (tzn. przy Lekarzu Okręgowym, przy pow. Urzędzie Zdrowia, przy wojew. Urzędzie Zdrowia i przy Minist. Zdrowia). W ten sposób przedstawia się koncepcja Powszechnej Służby Zdrowia — scentralizowanej, lecz równocześnie obwarowanej w terenie autonomią. Tak pojęta Państwowa Służba Zdrowia zakładałaby konieczność upaństwowienia przemysłu farmaceutycznego, aptek i wszystkich uzdrowisk. Koszty Państwowej Służby Zdrowia pokrywałby Skarb Państwa — pospołu z ubezpieczeniami społecznymi i ze samorządami.

Kierować się przy tym powinniśmy — w przejściowym okresie — następującymi wytycznymi:

1) Podaną w przesłanym przez Naczelną Izbę Lekarską planie myśl powołania do życia na okres przejściowy terenowych Rad Koordynacji Lecznictwa i Zapobiegania, złożonych z przedstawicieli (przede wszystkim fachowców) ubezpieczalni, samorządu terytorialnego i państwa (oraz ewentualnie izb lekarskich) uważamy w zasadzie za słuszną. Rady te w okresie przejściowym stanowiłyby wstęp do podporządkowania rozproszonych i podległych dotychczas równym resortom form lecznictwa jednolitemu kierownictwu — tzn. Ministerstwu Zdrowia. W praktyce oznacza to ściągnięcie również lecznictwa ubezpieczeniowego pod wspólny parasol Ministerstwa Zdrowia. W dalszej perspektywie takie ujednolicenie musi sprowadzić zmniejszenie

zbędnych kosztów administracyjnych i usprawnienie służby zdrowia przez usunięcie kłopotliwej wielotorowości oraz należyte gospodarowanie funduszem lecznictwa, „utworzonym z wkładów ubezpieczalni, samorządów, państwa (i innych) proporcjonalnie do zakresu działania każdego z udziałowców".

2) Z uwagi na to, że nie stać nas jeszcze na improwizacje i układanie nowych — nieraz kuszących — modeli, powinniśmy przy wznoszeniu gmachu powszechnej służby zdrowia wyzyskać zastany po wojnie zrąb techniczny dotychczasowych instytucji leczniczych oraz organizacyjne zdobycze lecznictwa społecznego. W praktyce wchodzą tu w grę istniejące w liczbie około 500 ośrodki zdrowia oraz ubezpieczalnie społeczne. Jeśli idzie o te ostatnie, to użytek z nich może być dwojaki. W terenie, tzn. w mniejszych miastach i miasteczkach, gdzie rozbudowaniu racjonalnie pomyślanych urządzeń leczniczo-zapobiegawczych stoją braki technicznej natury na przeszkodzie, będzie się musiało — przynajmniej na jakiś czas — zachować instytucję lekarza domowego, odpowiednio oczywiście udoskonaloną (względnie zaopatrzoną w pomoc pielęgniarską). Istniejące obok tego w tych miejscowościach okręgowe ośrodki zdrowia (według klucza 1 ośrodek na 8—10 tysięcy mieszkańców, lub też 1 ośrodek na 1—2 gmin w terenie wiejskim o średnicy 10 km) obejmowałby ambulatorium lecznicze, najważniejsze przychodnie, kuchnię mleczną, dział sanitarno-techniczny oraz propagandowo-higieniczno-oświatowy obok izby chorych na parę łóżek i natrysków dla młodzieży. W niektórych rozrzuconych powiatach uwzględnićby należało możliwość zaprowadzenia ruchomych kolumn sanitarnych (z jedno—dwurazową ordynacją w danej wsi), lub też stacją pogotowia ratunkowego. Na prowincji zatem ośrodek zdrowia oraz gabinet lekarza domowego byłyby podstawowymi ogniwami pozaszpitalnej pomocy lekarskiej.

W większych natomiast miejscowościach, zwłaszcza w miastach przemysłowych i uniwersyteckich, gdzie łatwiej o odpowiednią adaptację budynków, można się pokusić już obecnie — tam, gdzie to jest już technicznie możliwe — o wprowadzenie zdecentralizowanego ambulatoryjno-zespołowego typu lecznictwa, bardziej przystosowanego do wyższego poziomu wiedzy oraz do powojennego tempa i rytmu życia wielkomiejskiego. Te zdecentralizowane lecznicze ambulatoria zespołowe byłyby odpowiednio znormalizowane) w sensie określonej ilości porad dziennych i porad na godzinę) i urządzone — osobno dla dorosłych i osobno dla dzieci (dla tych ostatnich wypadałaby dwa razy mniejsza ilość ambulatoriów któreby obejmowały conajmniej pediatrię, chirurgię, otolaryngologię i stomatologię). Powyższe ambulatoria zespołowe miałyby na fabrykach swoje filie w postaci ambulatoriów fabrycznych (według klucza 1 : 500 robotników) dla profilaktyki i udzielania pierwszej pomocy.

W większych miastach istniałyby też instytucje profilaktyczne i profilaktyczno-lecznicze typu poradni (względnie przychodni dla chorób społecznych) również odpowiednio zdecentralizowane. Wspomniane lecznicze ambulatoria zespołowe wraz z tymi poradniami, względnie przychodniami dla chorób społecznych byłyby zatem głównymi komórkami podstawowymi lecznictwa pozaszpitalnego w większych miastach.

Co do szpitala, to byłoby rzeczą pożądaną, z uwagi na znaczne zacofanie naszego kraju pod względem korzystania z fachowej obsługi położniczej, (do września 1939 r. kobiety korzystały z pomocy położnych w 35% porodów!) pomyśleć o pokryciu terenu siecią odpowiednio rozmieszczonych i dostępnych ludności zakładów położniczych, względnie — będących filiami szpitali — porodówek rejonowych, gdzieby kobiety mogły odbywać poród i połóg w znośnych warunkach higienicznych. Szpitale wojewódzkie byłyby równocześnie zakładami szkolącymi oraz desygnowałyby tzw. Inspektorów Lecznictwa, kontrolujących lecznictwo w dziedzinie odpowiedniej specjalności na terenie województwa. Analogiczną funkcję w stosunku do lecznictwa na terenie powiatu (zwłaszcza gmin) pełniłyby szpitale powiatowe.

3) Wobec konieczności przystosowania się i nagięcia kształcących się kadr przyszłych lekarzy i innych pracowników Służby Zdrowia do nowych zadań, rozpatrywanych pod kątem widzenia upowszechnionego lecznictwa, nasuwa się już obecnie potrzeba poważnego zastanowienia się nad wciągnięciem Ministerstwa Zdrowia do współkierowania (wraz z Departamentem Szkół Wyższych przy Ministerstwie Oświaty) wszystkimi lekarskimi zakładami naukowymi, zarówno typu szkolnego, jak i badawczo-naukowego.

Reformę studiów powinno się przeprowadzić w kierunku ich upraktycznienia, przystosowania do potrzeb wsi, ewentualnego zróżnicowania dyplomów wraz z rozdwojeniem końcowym o okresu studiów. W programie nauczania należy szczególnie obszernie uwzględnić patologię społeczną, higienę społeczną i politykę zdrowotną kraju.

IV. Dezyderaty na okres najbliższy

Dezyderaty nasze, odnoszące się do najbliższego etapu, możliwego do zrealizowania od zaraz, dadzą się ująć w dwie grupy: I-a grupa obejmuje sprawę ubezpieczeń społecznych, zaś II-a grupa tyczy lecznictwa w ogóle.

I. Odnośnie ubezpieczeń społecznych należy już obecnie rozpocząć:

1) objęcie ubezpieczeniem na wypadek choroby wszystkich robotników rolnych i leśnych oraz chałupników wiejskich; rozciągnięcie na nich reszty ubezpieczeń społecznych,
2) ustawowe zapewnienie członkom rodziny ubezpieczonego możliwości nieograniczonego — co do czasu trwania choroby — korzystania z pomocy lekarskiej,
3) systematyczne — choć w naszym kraju z konieczności powolne — zbliżanie się do realizowanego w angielskim projekcie ubezpieczeń społecznych ideału wypłacania zasiłków tak długo, jak długo trwa choroba,
4) podwyższenie zasiłków dla grupy osób z niskimi stawkami zarobkowymi,
5) dalszą rozbudowę ubezpieczeń społecznych na wypadek braku pracy z odpowiednim pod-

sieniem zasiłków i odpowiednie zabezpieczenie starców; odciążyłoby to w dużej mierze ubezpieczenia chorobowe i położyłoby tamę wadliwemu nastawieniu ubezpieczonego, doszukującego się w ubezpieczalni społecznej również funduszu dla bezrobotnych w krytycznych dla siebie chwilach,

6) oddzielenie lecznictwa od administracji i podporządkowanie go Ministerstwu Zdrowia.

II. Odnośnie organizacji lecznictwa w ogóle dezyderaty nasze są następujące:

1) aż do czasu uruchomienia funduszów na objęcie bezpłatnym leczeniem szpitalnym wszystkich powyższych chorób powinno się przyznać całej ludności prawo do bezpłatnej pomocy szpitalnej w zakresie chorób zakaźnych, wymagających bezwzględnej izolacji oraz w zakresie innych, ostrych, nagłych i bezpośrednio życiu zagrażających schorzeń,

2) należy w najkrótszym czasie upaństwowić wszystkie dotychczas nieupaństwowione uzdrowiska,

3) należy obniżyć ceny leków do granic zbliżonych do kosztów produkcji oraz już obecnie wszcząć kroki w kierunku upaństwowienia przemysłu farmaceutycznego i aptek,

4) należy wprowadzić instytucję akuszerek gminnych i rozpocząć forsowne szkolenie położnych (by dojść do wskaźnika 1:3000) z przeznaczeniem stypendiów dla tych ostatnich,

5) pospieszne szkolenie i dokształcanie pielęgniarek, higienistek i kontrolerów sanitarnych powinno iść m. i. w kierunku zwolnienia lekarza z całego szeregu zbędnych czynności administracyjnych,

6) jeśli idzie o zapoczątkowanie organizacji powszechnej służby zdrowia na wsi, należy aparat tej służby przede wszystkim zaopatrzyć w środki transportowe dla przewozu lekarzy i chorych. Umożliwiłoby to z biegiem czasu urządzenie na prowincji stacji pogotowia ratunkowego;

7) w ramach odbudowy i przebudowy kraju, mających się zająć m. i. również asanacją techniczną wsi, należałoby się zawczasu zakrzątnąć w drodze wydania gminom odpowiedniego zarządzenia — dokoła wyszukania i odpowiedniego zaadaptowania mieszkań dla lekarzy wiejskich lub pomieszczeń dla gminnych ośrodków zdrowia w majątkach popańskich.

8) departament Organizacji Służby Zdrowia przy Ministerstwie Zdrowia powinien zawczasu zająć się opracowaniem odpowiednich norm pracy (ilość godzin pracy dziennej, ilość porad w ciągu godziny) dla lekarzy każdej specjalności — w duchu stopniowego i systematycznego (w miarę przybywania lekarzy) zmniejszania istniejących dotąd jaskrawych różnic między lecznictwem indywidualnym a społecznym.

Zdajemy sobie dobrze sprawę, że przytoczone wyżej założenia podstawowe, wytyczne i dezyderaty wnoszą pewne nowe elementy do już rozpracowanego dorobku myślowego naszych środowisk organizacyjnych. Stanowią one ponadto próbę wyjścia poza dyskusję i praktycznego rozwinięcia przyjętych przez nas zasad. Niemniej sądzimy, iż ustalenie pewnej kolejności potrzeb i zadań ze strony kolektywu lekarskiego, który ma już za sobą doświadczenie na odcinku uspołecznionej służby zdrowia i z biegiem lat potrafił zająć określoną w stosunku do zjawisk społecznych postawę, będzie cenną wskazówką dla wszystkich, którzy wysiłkiem swym i myślą chcą się przyczynić do odbudowy naszego kraju w duchu prawdziwej i konstruktywnej sprawiedliwości społecznej.

Następnie wygłasza referat dr Jan Hozer pt.:

PODPORZĄDKOWANIE LECZNICTWA UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH MINISTERSTWU ZDROWIA

Ubezpieczenia społeczne, które jeszcze do niedawna nazywały się „zdobyczą świata pracy“, stały się dziś niezbędnym urządzeniem nowoczesnego państwa. W swej ewolucji przebyły dwa główne okresy. Okres odszkodowawczy, wypełniony prawie wyłącznie myślą pieniężnego odszkodowania wypadków losowych i okres świadczeniodawczy nacechowany rozrostem kas chorych i świadczeń leczniczych na równi z zasiłkowymi.

W tej chwili wchodzimy w okres trzeci, opanowany ideologią nowoczesnej medycyny społecznej i jej myślą zapobiegawczą. Wchodzimy w okres zapobiegawczy.

Ideologia, jaką reprezentuje myśl zapobiegawcza medycyny społecznej odrzuca przestarzały i sztywny pogląd biernego odszkodowywania skutków ryzyka losowego i wydawania olbrzymich sum z majątku narodowego na świadczenia, którym przez jednolitą długoterminową i fachową politykę zdrowotną można w dużym stopniu zapobiec.

Stanowiskiem jedynie słusznym z punktu widzenia zdrowotności publicznej i ekonomii społecznej, a także jedynie słusznym z punktu widzenia ubezpieczeniowego jest CZYNNE USUWANIE PRZYCZYN zachorowań i niezdolności do pracy, nie zaś BIERNE ODSZKODOWYWANIE SKUTKÓW zachorowania i niezdolności.

Niestety, w ciągu ostatnich lat ubezpieczenia chorobowe wprzągnięte w rydwan ubezpieczeń długoterminowych wraz ze skomplikowaną i ciężką ustawą scaleniową, z ciężką i nadmiernie rozrosłą administracją, przestały się posuwać po linii tej polityki zdrowotnej. Nie tylko nie rozwijały myśli zapobiegawczej, ale polikwidowały bardzo wiele działów lecznictwa i zapobiegania. Zlikwidowały prawie zupełnie dział chorób zawodowych. Zwęziły świadczenia zębolecznicze tak ważne z punktu widzenia zapobiegawczego. Zamiast udoskonalić poważny dorobek systemu ambulatoryjnego i usunąć jego niedomagania, dorobek ten zburzyły. Zaniechały rozbudowy własnych szpitali. Obniżyły okres świadczeń leczniczych zamiast okres ten przedłużyć. Jedną z najciemniejszych plam było wyeliminowanie z ubezpieczenia chorobowego robotników rolnych, leśnych, chałupników wiejskich, ogrodników, służby rybackiej itd., wskutek czego zdrowotność wsi spadała z powrotem do poziomu średniowiecza. Utrudniły nieskrępowane

korzystanie ze świadczeń leczniczych, a równocześnie i zapobiegawczych przez wprowadzenie dodatkowych opłat za porady i leki. Nie chciano uznać elementarnej zasady zapobiegania, która głosi, że zapobiegać można chorobom skutecznie i wcześnie tylko wówczas, gdy ubezpieczony ma zupełnie swobodny dostęp do lekarzy nawet wówczas, gdy nie jest naprawdę chory, a do lekarza wiedzie go tylko subjektywne poczucie choroby.

Polityka lokacyjna funduszów ubezpieczeniowych była jak najfatalniejsza. Była antizdrowotna, antiorganizacyjna, antiekonomiczna, antipupillarna i sprzeczna z samymi zasadami ubezpieczenia. Nie po to gromadzi się fundusze ubezpieczeniowe, aby je lokować w linii Gdynia-Ameryka albo w luksusowych hotelach i kamienicach, z których nigdy ubezpieczeni naprawdę nie korzystają, ale po to, aby dawać równe i od konjunktur najmniej zależne świadczenia i aby przewidującą polityką zapobiegawczą czynić te świadczenia możliwie zbędnymi lub ich udzielanie opóźnić. Zamiast lokować dużą część kapitału długoterminowego w objektach takich jak higieniczne mieszkania dla robotników i ciężko pracujących pracowników umysłowych, w szpitalach chirurgii urazowej, we własnych fabrykach urządzeń zapobiegawczych, protezowniach, instytutach służących przywracaniu inwalidów czynnemu życiu zawodowemu itp., lokowano fundusze w sposób z ich przeznaczeniem społecznym i ekonomicznym niezgodny. A działo się to wskutek braku jednolitej polityki zdrowotnej kraju. Wszelka w tym kierunku wysuwana krytyka była rzucaniem grochu o ścianę. Ubezpieczenia uległy pod tym względem ideologicznemu uwiądowi starczemu, który uczynił je bezbronnymi wobec rozmaitych zakusów. Kontrola ubezpieczonych została zniszczona przez odebranie samorządu, a odpowiedzialność przesunęła się na komisarzy rządowych z sześciotygodniowym kursem ubezpieczeniowym. Bezbronność ubezpieczeń doprowadziła do tego, że pracodawcom podarowano kilkaset milionów złotych (przedwojennej wartości) tytułem zaległych składek. Była to jakby premia za sprzeniewieżenie składek ubezpieczeniowych i zachęta do dalszych w tym kierunku nadużyć. To też ubezpieczenia musiały gwałtownie obniżyć świadczenia zdrowotne.

Ustawa ubezpieczeniowa wprowadziła niefachowe kierownictwo nad leczeniem i zapobieganiem. Art. 45 ustawy scaleniowej mówi, że na czele dyrekcji stoi dyrektor ubezpieczalni (nie-lekarz), a art 46, że dyrektor jest „zwierzchnikiem“ pracowników ubezpieczalni nie wyłączając członków dyrekcji, tj. nie wyłączając i naczelnego lekarza. Ustawa sankcjonuje więc zwierzchnictwo czynnika niefachowego nad fachowym, a czyni to właśnie nie gdzieindziej, lecz w ubezpieczeniu chorobowym, którego istotą jest fachowe lecznictwo, nie zaś czynności administracyjno-asekuracyjne. Bo nawet zasiłkowanie jest tu funkcją czysto lekarską i o zasiłku decyduje tylko lekarz. To też nic dziwnego, że wobec bezwzględnej preponderancji czynnika administracyjnego, z opinią lekarską nie wiele się liczono, lecznictwo zorganizowano źle i zbiurokratyzowano. Co gorsze, to to, że za złą organizację lecznictwa i zbiurokratyzowanie odium spadało na lekarzy, nie zaś na właściwych winowajców. Organizacja lecznictwa wywoływała fale niezadowolenia w społeczeństwie, niezadowolenia, które trwa do dnia dzisiejszego. Depopularyzowało to samą ideę ubezpieczeń społecznych. Świat lekarski w tych warunkach nie miał możności postawić organizacji lecznictwa na odpowiednim poziomie, bo musiał się latami całymi bronić przeciw całkowitemu podporządkowaniu służbowemu pod niefachową administrację i toczyć homeryckie boje o umowy zbiorowe.

Trudno się dziwić, że w tych warunkach wśród różnych sfer społecznych i gospodarczych pojawiły się rozliczne protesty przeciw dalszemu należeniu do terytorialnych ubezpieczalni. Zaczęło się odrywanie poszczególnych instytucji, począwszy od banków, samorządów większych miast, monopoli państwowych, lasów państwowych, a skończywszy na przemyśle wojskowym. Odpadły instytucje o wyższych grupach zarobkowych, bez których ubezpieczenia nie są w stanie dawać świadczeń dostatecznie wysokich i dostatecznie równych. Była to polityka powolnego samobójstwa ubezpieczeń, prowadząca do upadku zdrowotności ubezpieczonych pozostałych w kurczących się terytorialnych ubezpieczalniach.

Bo życiową podstawą ubezpieczeń jest terytorialność polegająca na zjednoczeniu w tej samej instytucji najwyższych i najniższych grup zarobkowych. Jest to zarazem zasada wzajemności i powszechności, która stanowi główny rys ideologiczny ubezpieczenia uzasadniający jego nazwę: „ubezpieczenie społeczne“. Trudno się dziwić. Ubezpieczenia chorobowe nie rządzone przez fachowych lekarzy nie umiały w prących do wyłączenia instytucjach urządzić lecznictwa tak, aby ono odpowiadało ich potrzebom i specyficznej wewnętrznej organizacji. Nie potrafiły więc urządzić, ani nawet nie kusiły się o urządzenie odpowiedniego lecznictwa ubezpieczeniowego w łonie kolejnictwa, samorządów, wielkich skupisk zakładów pracy itd.

Następstwem tego wyłączenia i nieudolności organizacyjnej było dalsze rozproszkowywanie agend zdrowia publicznego, które i tak już były w kraju absurdalnie rozproszkowane na kilkanaście rozmaitych instytucji, organizacji, resortów. Ubezpieczenia nie tylko nie umiały utrzymać swej jednolitości, ale nawet zorganizować współpracy z innymi instytucjami, jak ze szpitalnictwem, z ośrodkami zdrowia, z samorządami itp. Ta największa instytucja zdrowotna, jaką były ubezpieczenia przeciwdziałała więc raczej przez swoje błędy jednolitej polityce zdrowotnej w kraju pomimo, że należała do tego samego resortu pracy, co i zdrowie publiczne.

To też postulat scalenia agend zdrowia publicznego we wszystkich jego postaciach w Ministerstwie Zdrowia istniał już na wiele lat przed wojną i nie jest postulatem natury ambicjonalnej lub konjunkturalnej, lecz postulatem konieczności państwowej. Jeżeli mimo podporządkowania zdrowia publicznego resortowi pracy istniała w Polsce niebywała wielotorowość w sprawach zdrowia i rozproszkowanie agend zdrowotnych na kilkanaście instytucji, to dowód, że przyczyną tej wielotorowości był brak resortowej suwerenności i samodzielności spraw zdrowia. Brak tej resortowej suwerenności jaskrawo od-

bijał od suwerenności mniej od zdrowia ważnych działów gospodarki państwowej, jak np. resortu poczt i telegrafów.

Dziś mamy Ministerstwo Zdrowia, które nareszcie reprezentować będzie w Państwie to najważniejsze dobro ekonomiczno-społeczne, jakim jest zdrowie publiczne. Ochrona tego zdrowia obciąża nas lekarzy i Ministerstwo Zdrowia i nikt inny nie jest powołany do tego, aby odpowiedzialność tę wziąść na swoje barki. Polityka zdrowia ma swoje własne cele i metody. Cele te i metody muszą być dostosowane do każdoczesnego stanu medycyny ścisłej i społecznej a nie mogą być krępowane sztywnymi ustawami, które zrobił człowiek i człowiek może zmienić. Nie może tu więc stać na przeszkodzie ani żadna ustawa scaleniowa, którą można zmienić kilkoma pociągnięciami dekretującego pióra, ani sprawa kompetencji, które jednym pociągnięciem pióra można rozdzielić, ani sprawa jakichkolwiek ambicji, które muszą ustąpić na bok tam, gdzie chodzi o zdrowie publicune.

Ubezpieczenia społeczne są zdobyczą socjalizmu. To też nie można się dziwić, że resort pracy jako zdobycz socjalizmu troskliwie podporządkowywał sobie również i sprawy zdrowia, które w epoce walk o prawa robotnicze wypisywane były na transparentach pochodów politycznych na równi z innymi postulatami społecznymi świata pracy. Jednak dziś motyw ten jest już anachronizmem. Nikt dziś nie zamierza likwidować tej zdobyczy socjalizmu, a przeciwnie — chce ją rozszerzać.

Krytyka powyższa jest potrzebna dla uzasadnienia postulatu włączenia lecznictwa ubezpieczeniowego do Ministerstwa Zdrowia. Lecznictwo z ubezpieczenia chorobowego, a także część leczniczo-zapobiegawcza i restytucyjna ubezpieczenia wypadkowego, emerytalnego robotników i pracowników umysłowych musi być podporządkowana jednolitej ogólnej polityce zdrowotnej. Resort zdrowia nie miałby racji bytu, gdyby ten największy dział zdrowotności był mu odjęty.

Wraz z tym lecznictwem musi być wyosobniony fundusz ubezpieczeniowy przypadający na świadczenia. Wyłączenie funduszu lecznictwa z ubezpieczeń nie będzie żadną rewolucją ani psuciem istniejącego dorobku organizacyjnego, lecz zwykłym manewrem buchalteryjnym. Składki na ubezpieczenie chorobowe mimo scalenia przy wymierzaniu i ściąganiu, ulegają tak czy tak repartycji. W tym dowód, że nawet w ramach samego ubezpieczenia fundusz chorobowy jest oddzielny. Jeżeli do tego dodamy część funduszów przeznaczonych na lecznictwo z ubezpieczenia wypadkowego i ubezpieczeń emerytalnych, otrzymamy sumę, która zużyta celowo w usługach jednolitej polityki zdrowotnej kraju wraz z innymi funduszami zdrowia publicznego dać musi błogosławione owoce.

Niechże więc ubezpieczenia przy pomocy swojego aparatu administracyjnego ściągają dalej wszystkie składki, a między nimi i składki na ubezpieczenie chorobowe. Jeżeli do nich dojdą składki przez ubezpieczenie tych, którzy dotychczas do ubezpieczenia nie należeli, a więc robotników rolnych, pracowników kolejowych, państwowych itd., to powstały fundusz można będzie nazwać „Funduszem Lecznictwa i Zapobiegania“ dla świata pracy najemnej. Stanowić on będzie podwalinę „Funduszu powszechnej służby zdrowia“.

Jeżeli powszechną służbę zdrowia uważamy za konieczność państwową, a zdaje się pogląd ten dojrzał już w umysłach wszystkich, to jego spełnieniu nie mogą stanąć na przeszkodzie żadne względy nieistotne. Jedyne zastrzeżenie, jakie tu możemy brać pod uwagę jest to, aby przez jakieś nierozważne lub zbyt pospieszne pociągnięcia reorganizacyjne nie wywołać chaosu i nie zepsuć dotychczasowego dorobku. Koordynacja działań w dziedzinie zdrowia była i będzie zawsze czynnikiem w organizacji pożytecznym. Scalenie rozproszonych agend i scalenie kilkunastu administracji w jedną administrację będzie zawsze pociągnięciem dodatnim. Administracja zawsze ma tendencję nadmiernego rozrastania się. Nie trudno domyśleć się, ile musi kosztować kilkanaście administracji w kilkunastu instytucjach i organizacjach zdrowotnych, jakie do ostatnich czasów zajmowały się zdrowiem publicznym. Złączenie ich w jedną administrację, da napewno olbrzymie oszczędności, które będzie można zużyć znacznie produktywniej, bo na świadczenia zdrowotne.

Oddanie fachowych czynności pod fachowy nadzór jest również postulatem nie mogącym podlegać dyskusji.

Chodzi o **oddzielenie lecznictwa od administracji**. Ubezpieczenie chorobowe jako par excellence fachowo-lecznicze może mieć jako zwierzchnika tylko lekarza naczelnego podlegającego z kolei fachowemu nadzorowi powołanych do tego organów zdrowia, a w najwyższej instancji Ministra Zdrowia. Nikt inny tym zwierzchnikiem być nie może. Administracja w ubezpieczeniu chorobowym nie powinna przekroczyć 5% przypisu składek. Do tych 5% nie potrzebuje niefachowego w lecznictwie dyrektora będącego na domiar złego zwierzchnikiem naczelnego lekarza. Administracja ubezp. chor. musi się ograniczyć do czynności pomocniczych dla lecznictwa i podporządkować całkowicie lekarzowi naczelnemu będącemu w jednej osobie dyrektorem. Bez głębszego zmieniania ustawy ubezpieczeniowej wystarczy tu wprowadzić na wszystkich szczeblach podział organizacyjny ubezpieczalni na dwa działy i stworzyć „Wydział lecznictwa i zapobiegania“ z dyrektorem lekarzem, a osobno „Wydział ubezpieczeń długoterminowych“ z dyrektorem ubezpieczeniowcem. Pierwszy podlegać winien Ministerstwu Zdrowia, drugi Ministerstwu Pracy i O. S. Wszystko to może odbyć się przez zwykłe zadekretowanie zmian w art. 45 i 46 ustawy i konsekwentnie w innych postanowieniach ustawy i statutu. To samo w Zakładzie Ubezpieczeń społecznych i w statutach organizacyjnych odnośnych Ministerstw. Ubezpieczalnia zostaje dalej ubezpieczalnią, nic w zasadzie się nie zmienia. Wszystko pozostaje w tym samym budynku, może nawet w tym samym pokoju i na tym samym biurku. W lecznictwie to oddzielenie zwierzchnictw i kompetencji niczego nie burzy i nie zmienia. Natomiast zmieni się duch, który dotychczas zatruty był przez niewłaściwy stosunek administracji ubezpieczeniowej do lekarzy. Skończą się bezsensowne boje lekarzy z administracją, boje homeryckie, które

świat lekarski beznadziejnie toczył przez 20 ostatnich lat. Kto zna dzieje tych bojów, jakie toczyły się o to, aby lekarze nie byli tępymi i bezwolnymi urzędnikami na usługach administracji, lecz pełnoodpowiedzialnymi za zdrowie ubezpieczonych kontrahentami, ten nie zdziwi się, jeżeli wszystkich nawoływać będziemy do stanięcia murem za postulatem oddzielenia lecznictwa od administracji ubezpieczeniowej. Jestem przekonany, że po tej separacji stosunki ułożą się jak najlepiej, a przede wszystkim dla zdrowia publicznego o wiele korzystniej. Do dziś dnia toczyła się ustawiczna raz cicha to znów głośna walka między lekarzem naczelnym a dyrektorem i stojącą za nim administracją. Albo lekarz naczelny był indywidualnością wybitną i wówczas jego stanowisko było niepewne, albo był indywidualnością słabą, a wówczas niepodzielnie rządziła administracja nielekarska. Są to rzeczy powszechnie znane. Przez podział ubezpieczalni na 2 wydziały z osobnymi dyrektorami anomalie te znikną. Wprowadzi się jasność w sprawy dotąd zupełnie niejasne, zupełnie nieodpowiednio w ustawie ujęte i dla funkcjonowania lecznictwa szkodliwe.

Nasuwa się jeszcze jedno pytanie. Kto ma być wykonawcą ubezpieczenia chorobowego wyjętego spod kompetencji Inst. ubezp. społ. a oddanego pod kompetencje Ministra Zdrowia?

Odpowiedź zupełnie prosta. Wykonawcy zostają ci sami. W ubezpieczeniu chorobowym wykonawcami byli lekarze i lekarze zostaną nadal. Zmieni się tylko resort nadzorczy. W ubezpieczeniu chorobowym pozostanie ta część personelu z administracją lecznictwa, która będzie potrzebna do pomocy przy administrowaniu lecznictwem, a reszta pozostanie jak dotychczas w agendach ubezpieczeń długoterminowych. Wówczas nie będzie nikogo kłuć w oczy, że w Ubezp. chorob. jest 2 razy więcej urzędników niż lekarzy.

Usamodzielnienie lecznictwa ubezpieczeniowego jest koniecznością wobec zbliżającej się powszechnej służby zdrowia. Ubezpieczenie chorobowe wraz ze swoją siecią placówek musi stać się jądrem krystalizacyjnym powszechnej służby zdrowia, gdyż tylko organizacja ubezpieczenia chorobowego do tego w kraju dorosła. Ubezpieczenie chorobowe odegra po raz drugi w historii ruchów ekonomiczno-społecznych i zdrowia publicznego wybitną rolę. Powszechna służba zdrowia nie oparta o tę największą instytucję byłaby organizacją kadłubową, która nie mogłaby odegrać większej roli. Natomiast ubezpieczenie chorobowe jako podstawa sieci zdrowotnej powsz. sł. zdrowia odegra rolę olbrzymią. Jest to jedyna instytucja która przetrzymała wszystkie wstrząsy konjunkturalne, nie wyłączając największego wstrząsu, jakim była wojna. Jest to jedyna instytucja rozporządzająca ogromnymi kapitałami, które wzmocnione o dalsze kapitały, z jakich składać się będzie fundusz powszechnej służby zdrowia, pozwoli stworzyć instytucję o olbrzymich możliwościach.

Zaś my lekarze miejmy na oku jedno. Nie wolno nam przypatrywać się biernie sprawom, które nadchodzą i nadejść muszą. Nadejdą bowiem i bez nas. Wówczas nie będziemy mieli prawa żalić się, że zadecydowano o nas bez nas, że aparat zdrowia zostanie opanowany przez kogo innego, a nie przez lekarzy. Może łatwo przy naszej bierności powtórzyć się to, co było z ubezpieczeniami. Wielka część świata lekarskiego odżegnywała się w swoim czasie od ubezpieczeń społecznych w okresie ich narodzin. Wówczas ubezpieczenia wziął w rękę wyłącznie czynnik partyjno-polityczny, a w ślad za nim czynnik administracyjny. Lekarze zostali na boku i do dziś dnia świat lekarski nie może odzyskać wówczas utraconych pozycji. Nie popełniajmy po raz drugi tego samego błędu, błędu o jeszcze większych rozmiarach. Jeżeli nie chcemy, aby powszechna służba zdrowia od samego początku uległa zbiurokratyzowaniu i wypaczeniu, musimy się wszyscy ustosunkować do niej od samego początku pozytywnie. Sposobność do tego jest w tej chwili jedyna, gdyż zdrowie publiczne we wszystkich cywilizowanych krajach wypisane jest dziś na sztandarach ruchów politycznych i mieści się w programach wszystkich rządów.

Przez włączenie ubezpieczenia chorobowego do powszechnej służby zdrowia i podporządkowanie go Ministerstwu Zdrowia nadamy organizacji powsz. sł. zdrowia siłę ponadkonjunkturalności, jaka cechuje ubezpieczenia. Wiadomo jak ujemnie na zdrowie publiczne wpływają kryzysy ekonomiczne i jak dalece właśnie w okresie kryzysów potrzebne są instytucje przeciwdziałające nędzy robotników i pracowników i podtrzymujące zagrożone zdrowie publiczne. Ubezpieczenia zdały najlepiej egzamin ze swojej wytrzymałości na wstrząsy ekonomiczne i żadna inna instytucja nie może im w tym dorównać, ani nawet do tego ideału się zbliżyć. To też czymś zupełnie niezrozumiałym byłoby opieranie powszechnej służby zdrowia na jakiejś innej podstawie. Nie można służby zdrowia opierać na samorządach gminnych, które nie potrafią leczyć nawet ubogich gminnych i są stale deficytowe, ani na ośrodkach zdrowia, które lecznictwa nigdy nie wykonywały, nie mają do tego aparatu ani doświadczenia, których jest zresztą kilka razy mniej, niżby potrzeba. Nie można powszechnej służby zdrowia opierać też wyłącznie o państwo i pieniądze państwowe, gdyż odpadłby wówczas ten tak wartościowy duch samorządności, wzajemności i solidaryzmu społecznego, jaki stanowi jedną z najcenniejszych właściwości ubezpieczeń społecznych, jaki w największym stopniu stanowi o wytrzymałości ubezpieczeń na wstrząsy. Państwo ma zresztą tak olbrzymią ilość innych zadań do spełnienia, że nie może i nie powinno brać się do lecznictwa, lecz lecznictwo i w ogóle całą powszechną służbę zdrowia powierzyć odrębnej samorządnej organizacji stojącą pod jego nadzorem i patronatem. Skoro państwo utworzyło odrębny do tego resort zdrowia, to dane są wszystkie warunki pomyślnego rozwoju zdrowia publicznego.

W wyniku powyższych wywodów uważam za wskazane, aby Zjazd przyjął następujące dezyderaty:

I. Powstanie Ministerstwa Zdrowia uważa Zjazd za zapowiedź jednolitej i długoterminowej polityki zdrowotnej.

II. Domaga się stanowczego doprowadzenia do konsekwentnego końca akcji scalania agend zdrowia publicznego i usunięcia rozproszenia tych agend jako zjawiska szkodliwego dla jednolitej polityki zdrowotnej państwa.

W dziedzinie ubezpieczeń społecznych:

III. Żąda podporządkowania ubezpieczenia chorobowego oraz działu leczniczego, zapobiegawczego i restytucyjnego ubezpieczeń długoterminowych bezpośredniemu nadzorowi i fachowemu kierownictwu Ministra Zdrowia.

IV. Oddzielenia lecznictwa ubezpieczeniowego od administracji przez zadekretowanie w ustawie o ubezpieczeniu społecznym takich zmian w art. 45 i 46 i innych odpowiednich artykułach, któreby w ubezpieczalniach społecznych i Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych przeprowadziły ścisły podział pomiędzy wydziałem i dyrekcją ubezpieczeń długoterminowych, a wydziałem i dyrekcją ubezpieczenia chorobowego.

a) Dyrektorem utworzyć się mającego „Wydziału lecznictwa i zapobiegania" ma być lekarz.

b) Dyrektorem „Wydziału świadczeń długoterminowych" jest dyrektor-ubezpieczeniowiec.

c) Wydział lecznictwa i zapobiegania w Ubezpieczalniach Społecznych i Zakładzie U. S. podlega bezpośrednio Ministrowi Zdrowia.

Wydział świadczeń długoterminowych podlega Ministrowi Pracy i O. S.

d) Odpowiednio do powyższego podziału należy zmodyfikować organizację wewnętrzną Ubezpieczalni Społecznych, Zakładu U. S. i resortów Pracy i O. S. oraz resortu Zdrowia.

V. Współcześnie z ustawowym i organizacyjnym wyosobnieniem Wydziału lecznictwa i zapobiegania Zjazd domaga się wyodrębnienia finansowego „FUNDUSZU LECZNICTWA I ZAPOBIEGANIA".

W skład tego funduszu wchodzić winny:

1. Przypisy roczne składek na ubezpieczenie chorobowe, po potrąceniu 5% tytułem kosztów ściągania składek przez aparat administracyjny ubezpieczeń długoterminowych;

2. procentowa część wpływu rocznego ubezpieczeń długoterminowych odpowiadająca swą wysokością rzeczywistym wydatkom tych ubezpieczeń na lecznictwo zapobiegawcze i restytucyjne poniesionym w okresie przedwojennego ostatniego pięciolecia (przeciętna);

3. część wpływów rocznych ubezpieczeń długoterminowych w wysokości określonej przez Ministrów Zdrowia oraz Pracy i O. S. z przeznaczeniem na rozbudowę urządzeń mających na celu zapobieganie wypadkom przy pracy, chorobom zawodowym, przedwczesnemu spadkowi pełnowartościowości roboczej ubezpieczonych i innym zapobiec się dającym przedwczesnym świadczeniom długoterminowym.

VI. „Fundusz Lecznictwa i Zapobiegania" musi być autonomiczną i samorządową osobą prawną opartą na ustawie i własnym statucie. Statut i ustawa winny „Funduszowi L. i Z." gwarantować samorząd gospodarczo-społeczny.

VII. „Fundusz L. i Z." udziela świadczeń nie mniejszych niż przewidziane w ustawie o ubezpieczeniu społecznym tak w dziale lecznictwa i zapobiegania, jak i w dziedzinie zasiłku w razie niezdolności do pracy wywołanej chorobą lub macierzyństwem.

Zasiłkowanie niezdolnych do pracy wskutek choroby lub macierzyństwa, jako integralna i nierozdzielna część ubezpieczenia chorobowego odbywać się winno na dotychczasowych zasadach prawnych i organizacyjnych, znajdując swe pokrycie w „Funduszu L. i Z.".

VIII. Statut „Funduszu L. i Z." winien przy zachowaniu zasady pupilarności przewidywać możliwość zaciągania zobowiązań i zawierania umów z innymi jednostkami prawnymi uczestniczącymi w aparacie powszechnej służby zdrowia.

Zobowiązania te i umowy nie mogą wykraczać poza cele przewidziane ustawą i statutem „Funduszu L. i Z.".

„Fundusz L. i Z." może być zużywany tylko na cele przewidziane w ustawie o ubezpieczeniach społecznych i w statucie.

IX. Wszelki majątek ruchomy i nieruchomy, który miał lub mieć może istotne znaczenie dla wykonywania lecznictwa i zapobiegania przechodzi na własność „Funduszu L. i Z.".

W przypadkach wątpliwych rozstrzyga Minister Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Pracy i O. S., po zbadaniu użyteczności i celowości tego przelewu majątkowego.

To samo analogicznie odnosi się do wierzytelności instytucji ubezpieczeń społecznych.

X. „Ogólne zasady umów między lekarzami a ubezpieczalniami społecznymi" zachowują moc prawną z tą zmianą, że w miejsce „Ubezpieczalni Społecznych" i „Zakładu Ubezpieczeń Społecznych" wchodzi „Zarząd Funduszu Lecznictwa i Zapobiegania".

XI. Zjazd domaga się objęcia ubezpieczeniem chorobowym wszystkich dotychczas terytorialnym ubezpieczeniem nie objętych pracowników najemnych, zarówno stałych, jak czasowych, robotników i pracowników wiejskich, jak również chałupników wiejskich i leśnych.

XII. Zjazd domaga się oparcia aparatu powszechnej służby zdrowia o autonomiczny i samorządny „Fundusz Powszechnej Służby Zdrowia".

Ubezpieczeniowy „Fundusz Lecznictwa i Zapobiegania" wchodzi w skład tego funduszu z zachowaniem swego statutu, autonomii organizacyjnej i majątkowej oraz osobowości prawnej.

XIII. Zjazd stwierdza, że instytucją, która powinna stać się jądrem krystalizacyjnym powszechnej służby zdrowia, powinny być ubezpieczenia społeczne na wypadek choroby i macierzyństwa jako rozporządzające gotowym do tego celu aparatem, doświadczeniem i wytrzymałością na największe przesilenia gospodarcze.

Opieranie powszechnej słubży zdrowia o samorządy gminne, powiatowe i miejskie uważa Zjazd za niemożliwe z powodu stałej deficytowości tych samorządów, braku przygotowania do organizacji lecznictwa i zapobiegania oraz przeznaczenia samorządów do innych zadań państwowych i gospodarczych.

Za niecelowe uważa również opieranie powszechnej służby zdrowia o ośrodki zdrowia, których jest za mało i które dotychczas z powodu niewykonywania lecznictwa nie posiadają potrzebnego w tej dziedzinie aparatu ani doświadczenia. Mogą one służyć jedynie jako urządzenie pomocnicze, które w nadchodzącym okresie rozwojowym powszechnej służby zdrowia powinno być należycie rozbudowane.

Dyskusja

Dr Szaniawski (Częstochowa) składa podziękowanie organizatorom Zjazdu w imieniu wszystkich delegatów za sprężyste zorganizowanie Zjazdu i gościnne przyjęcie delegatów.

Dr Stefański uważa, że realizacji powszechnej służby zdrowia stoi na drodze bardzo wiele przeszkód. Ideały poruszone przez prelegentów przypominają żywo szklane domy Żeromskiego. Obawia się upaństwowienia aptek, bo dotychczas czasem upaństwowione drożej kosztuje np. monopole. Rozszerzenie ubezpieczeń na pracowników z niskimi zarobkami z punktu widzenia matematyki ubezpieczeniowej może spowodować wielkie trudności finansowe. Ilość lekarzy jest za mała. Próby przesiedlania z miast do wsi nie dały rezultatu. Niemożliwą rzeczą jest abyśmy dopiero czekali na nowy narybek lekarski.

Dr Martyński wyraża uznanie dla referatów. Powszechna służba zdrowia leży na sercu wszystkim. Jednak wszystko to są rzeczy prawie niewykonalne. Należy montować wszystko jako przygotowanie. Ludność tego głodu powszechnej służby zdrowia nie odczuwa. Masy jeszcze nie odczuwają tej potrzeby.

Trzeba przygotowywać ludność do konieczności korzystania z medycyny społecznej. Nie rozstrzygnie się sprawy jednym referatem. Tu trzeba całego szeregu konferencji. Nie pomoże i Rada Zdrowia, która byłaby niezależna od strony fachowej, skoro wybory odbywałyby się na podstawie klucza partyjnego. Należy odbudować ubezpieczalnie społeczne w ramach ustawy. Odpowiednie instytucje mogą jako pracodawcy ubezpieczyć swoich podopiecznych i w ten sposób m. i. można rozszerzyć krąg ubezpieczonych.

Co do projektu dra Hozera, to jeżeli mamy 2 Ministerstwa w jednej instytucji, to lepiej wydzielić ubezpieczenia na wypadek choroby wraz z organizacją lecznictwa.

Dr Sienkiewicz. Wszyscy skłaniają się ku propozycjom kol. Hozera. Uważamy, że pierwszym etapem, który może postawić tę sprawę na realne tory, będzie danie możności wprowadzenia wolnego wyboru lekarza. To będzie też pierwszy krok do upowszechnienia służby zdrowia.

Dr Krygier zaznacza, że mówi we własnym imieniu, gdyż są to sprawy poza jego zakresem służbowym. Referat dra Liwszyca zawiera szereg niedomówień. Tak pomyślana służba zdrowia wyłącza praktykę prywatną. Może solidarność zawodowa nie pozwala referentowi na wyprowadzenie tej sprawy. Druga rzecz, to potrzeba skończenia z wolnym osiedlaniem się lekarzy. W Rosji nie ma ubezpieczeń społ., lecz tam się jest dziś na Kaukazie, jutro we Władywostoku. Co do sprawy nierównomiernego rozmieszczenia lekarzy, to jeżeli się tego nie załatwi, cała sprawa pow. sł. zdrowia stanie pod znakiem zapytania. Musi się skończyć z wolnym wyborem miejsca zamieszkania.

Odnośnie do referatu dra Hozera:

Wiem, że dr Hozer jest pierwszorzędnym fachowcem w dziedzinie bezpieczeństwa pracy, jakiego drugiego nie ma. Dr Hozer zna też dobrze nie tylko art. 45 i 46 ale całą ustawę scaleniową. Pomięszał jednak czas i okresy historyczne. Zastrzegam się co do identyfikowania tego co się działo przed r. 1939 z tym co jest obecnie. W swoim czasie protestowaliśmy przeciw stosunkom z przed 1939 r. Wtedy rzeczywiście zniszczono zapobieganie, zniszczono samorządy itd. Za to nikt w Polsce obecnej nie ponosi odpowiedzialności. Dr Hozer proponuje wyłączenie ubezpieczenia chorobowego z ogólnego całokształtu ubezpieczeń. Jeżelibyśmy do tego doszli, to ubezpieczenia będą podzielone między dwa Ministerstwa i następstwem byłby mętlik. Co do 5% o których mówi dr Hozer, to w tej sprawie inne czynniki też chcą mieć głos. Dr Hozer chciałby z ubezp. chor. wytworzyć niepodległą republikę zdrowotną. Np. punkt XII propozycji dra Hozera oznaczałby jakieś państwo w państwie. Dziś, gdy państwo ma coraz większy zakres działania, wytworzenie takiej komórki odrębnej pod nadzorem Mtwa Zdrowia byłoby rzeczą nieodpowiednią. Nie możemy wytwarzać skorupki, w której będziemy siedzieć. Na ogół lekarze są złymi administratorami. Czy możnaby to, tak pozostawić lekarzom, z wyłączeniem kontroli fachowców-ubezpieczeniowców?

Dr Jaruzelska. Lekarz nie powinien się martwić o praktykę prywatną, o której mówi dr Krygier. Ona już i tak prawie nie istnieje. Musimy uważać medycynę za powołanie, a nie za zawód.

Podzielamy zapatrywanie, że dyrektorem US powinien być lekarz, a nie zwykły urzędnik. Na naszym terenie właśnie z inicjatywy dyrektora nie zwracają się do nas, nie otrzymujemy bezzwrotnych pożyczek, ani darów UNRRA. Lekarz Naczelny zapytywał w tej sprawie dyrektora, a dyrektor nawet z pewną satysfakcją odpowiedział, że nie należymy do Związku i nic się nam nie należy. Lekarz Naczelny głosu więcej nie zabierał. Gdyby dyrektorem był lekarz, może nie uzyskalibyśmy też nic, ale nie spotykalibyśmy się przynajmniej z tak obojętną postawą.

Dr Grodecki: oba referaty były bardzo dobrze opracowane i wzajemnie się niejako uzupełniają. Referat dra Hozera stawia sprawę konkretnie. Nie podzielam zdania dra Krygiera, że lekarze są złymi administratorami. Wiemy, że cały szereg zakładów leczniczych, a nawet instytucji finansowych, jest i był kierowany przez lekarzy. Nie mamy żadnych argumentów za tym, że ubezpieczeniowcy są genjalnymi administratorami. Wszystkie wnioski dra Hozera są dobrze przemyślane i mogą być przegłosowane. To jest jedyny realny projekt podstawy powszechnej służby zdrowia, gdy wszystkie inne projekty mają tę wadę, że wiszą w powietrzu i nie mają przemyślanych podstaw finansowych. Prócz tego wszystkie inne projekty pociągały by za sobą kolosalne koszta, którym nikt nie mógłby podołać. Wytworzenie funduszu dla lecznictwa świata pracy i funduszu dla reszty świadczeń leczniczych i zapobiegawczych, to jest słuszne, bo sprawę służby zdrowia uniezależnia od fluktuacji budżetowych. Sprawa służby zdrowia może być oparta tylko na stałym funduszu, bo inaczej w ogóle się nie rozwinie. Referat dra Hozera musi być wydrukowany i wnioski jego przegłosowane.

Dr Stawiński (Bielsko). Dr Liwszyc zapomniał w referacie że w ambulatorium musi być i ambulatorium oczne. Co do wypowiedzi dra Krygiera, iż

odpadłaby praktyka prywatna, to stoję na innym stanowisku. W obecnym stanie rzeczy instytucje odpadają same; wchodzą w umowy z lekarzami za przyjmowanie poza praktyką lekarską. Sprawę usprawnienia pomocy lekarskiej możnaby już dziś załatwić przez unormowanie ilości pacjentów na godzinę.

Dr Stawiński lek. naczelny Z. U. S. odpiera zarzuty, stawiane Z. U. S-owi. Lekarze US nie otrzymali tak, jak pracownicy administracyjni, 4—6000zł., bo tak zdecydowało Ministerstwo. Z postulatów Kol. Liwszyca da się już urzeczywistnić niektóre, a przede wszystkim można zmniejszyć różnicę między leczeniem prywatnym a ubezpieczalnianym. W odpowiedzi kol. Hozerowi: ZUS sądził, że lekarz domowy, będzie lepszy od ambulatoriów zbiorowych, bo on jest bliższy pacjentowi. Gdy w praktyce wypadło to nie wszędzie dobrze, to wina wykonania, a nie systemu; za dużo chorych miał lekarz domowy. Ale to się da zmienić w miarę środków. Dentystykę ograniczono, bo musieliśmy trzymać się budżetu. Dziś jest lepiej; świadczenia dentystyczne są znacznie większe.

Uważa, że nie do pomyślenia jest urzędowanie dwóch samodzielnych dyrektorów (lekarskiego i administracyjnego) w jednej ubezpieczalni. Co do oddawania 5% przypisu dla urzędników ściągających składki, jest tego samego zdania, co i Dyr. Krygier.

Żałuje, że nie znał przedtem treści referatów: mógłby lepiej odpowiedzieć na stawiane ZUSowi zarzuty.

Dr Jędrusik: fundusze chorobowe, to pieniądze społeczne, trzeba nimi dobrze gospodarować. Ośrodki zdrowia na wsi muszą mieć kwalifikowane siły. Lekarz musi mieć najmniej trzyletnią praktykę. Gdy poślemy tam lekarzy nieodpowiednio przygotowanych, to pogrzebie się ośrodki zdrowia. Lekarz w wiejskim ośrodku będzie leczył a jednocześnie propagował higienę. Lekarz musi mieć dobre środki lokomocji Administracja ośrodka wymaga też odpowiednich kwalifikacji. Kartoteka musi być dokładnie prowadzona. Siły pomocnicze jak siostra i pielęgniarka też muszą mieć kwalifikacje. Ośrodki zdrowia na wsi, to muzyka przyszłości.

Dr Chęciński (Łódź): idea powszechnej służby zdrowia była dyskutowana w Łodzi. Wszyscy lekarze są za nią. Młodzi lekarze widzą, że praktyka prywatna w przyszłości będzie minimalna. Lekarze byt swój opierać będą na uspołecznionej medycynie. Łódź podpisuje się pod oboma referatami, specjalnie kol. Hozera, który już teraz da się zrealizować. Lekarze łódzcy proszą o dyskusję nad swoimi tezami a mianowicie: a) wolny wybór lekarza i 20% przypisu składek na wynagrodzenie dla lekarzy. Rozdziału dokona organizacja lekarzy. b) Lekarz podlegać będzie tylko lekarzowi, a nie administracji.

Dr Schimmer (Chrzanów): Ubezpieczenia to zdobycz klasy robotniczej. Ta ostatnia nie zgodzi się na odstąpienie tego innym czynnikom. Jak się przedstawia sprawa organizacji lecznictwa w nowym projekcie? Czy będzie tam samorząd? Jeżeli tak, to na parcelację ubezpieczeń klasa robotnicza nie pójdzie. Wolny wybór lekarza trzeba przedyskutować. Lekarz domowy nie zdał egzaminu, bo miał za dużo pracy. Przerzucono na niego administrację, drobną chirurgię itd. Zniszczono dobrze rozwinięte ambulatoria specjalistyczne, lecznice okręgowe. Lekarz domowy miał wedle ZUSu załatwiać specjalistyczną praktykę, czego efektem było to, że lek. dom. był przepracowany a lek. specjalista nie miał co robić. Gdzie jest kilku lekarzy, tam już można znieść lekarza domowego. Tym bardziej w miejscowościach gdzie jest lekarzy więcej. Referaty były wyczerpujące i mają pierwszorzędną wartość.

Dr Magalif (Łódź): warto było przyjechać na Zjazd by je usłyszeć. Referaty winny być opracowane przez specjalną komisję, która je usprawni, a potem należy starać się wcielić je w życie po uzgodnieniu ich z ministerstwem. Można je już wprowadzić. To nie tylko muzyka przyszłości. Cóż to szkodzi, że w Ubezpieczalni będzie jeden czy dwóch dyrektorów? Lekarze sami pójdą na wieś, gdy damy im odpowiednie mieszkanie i urządzimy warsztat pracy.

Dr Ciećkiewicz: Wszyscy są za powszechną służbą zdrowia, tylko skąd wziąć pieniądze na to? Lekarzy będziemy mieć coraz więcej, bo uniwersytety wyprodukują ich z czasem.

Koszta powszechnej służby zdrowia pokrywać mogą: 1) samorząd, 2) państwo i 3) ubezpieczenia. Samorząd odpada, gdyż samorządowa gospodarka, jak dotychczas, jest deficytowa. Samorząd ma w swym ręku szpitalnictwo. Jak ono wygląda, wszyscy wiemy: samorząd na szpitale nie chce dać pieniędzy. Gospodarka państwowa też nie będzie dobra. Państwo ma dość innych zadań do spełnienia. Zresztą obojętne jest, kto pokryje koszta i tak zapłaci je obywatel. Zawsze trzeba będzie ściągać składki. Najlepiej zrobią to ubezpieczalnie, które mają doświadczenie. Lekarz domowy nie zadawala ubezpieczonego i lekarza. Może winien tu i sam lekarz, nie mogący podołać pracy. Lekarze domowi-pediatrzy w Krakowie pracują dobrze ku zadowoleniu ubezpieczonych. ale pediatrzy mają przydzielone na cały dzień higienistki: odciążają one bardzo wydatnie lekarza. Niech każdy lekarz domowy ma wykwalifikowaną pielęgniarkę, to będzie dobrze.

Dr Ameisen: powszechna służba zdrowia jest potrzebna. Nie musimy nad tym dysputować. Wprowadzają ją Anglia i Rosja. Referaty kolegów Liwszyca i Hozera trzeba wydrukować i przesłać w teren. Niech koledzy w poszczególnych związkach przedyskutują je, powezmą uchwały i prześlą je nam do centrali. To samo zagadnienie przedyskutować winny izby lekarskie. Przemyślmy to wszystko i niech świat lekarski wypowie się o tych problemach — i to jak najprędzej, np. do dwóch miesięcy.

Dyr. Dep. dr Grynberg: Proszę Kolegów z całą przyjemnością stwierdzam zmianę atmosfery na zjeździe w dniu dzisiejszym w porówaniu z dniem wczorajszym. Podczas gdy referaty wczorajsze obracały się w dziedzinie historii, to referaty dnia dzisiejszego, jakby otworzyły okna tej sali, ukazały nam kilka zagadnień dnia dzisiejszego i szeroką perspektywę najbliższej przyszłości. Być może, że gdyby zjazd rozpoczął się właśnie od tych referatów nie doszłoby do zgrzytów dnia poprzedniego.

Ministerstwo Zdrowia dla swoich oficjalnych enuncjacji ma okólniki, zarządzenia, dekrety i ustawy. Jeżeli znalazłem się tutaj między Kolegami to przede wszystkim dla wzajemnej wymiany myśli. Minister-

stwo nie może rządzić się samo. Do tej współpracy musi pociągnąć wszystkich lekarzy, szczególnie zaś lekarzy Ubezpieczalni Społecznej, lekarzy świata pracy, tej pomocy lekarskiej, która tak bliska jest sercu Ministerstwu Zdrowia. Nic o sprawach lekarskivh bez lekarzy — nic o nas bez nas. Gdybym podjął dyskusję nad szeregiem problemów tak pięknie oświetlonych w obydwu referatach musiałbym zająć wiele godzin czasu na dzisiejszym zjeździe.

Chciałbym tylko dać pewne informacje dla umożliwienia bardziej wszechstronnego przemyślenia przez Kolegów tego zagadnienia.

W zakresie gospodarki służbą zdrowia rozporządzamy 3 czynnikami: instytucjami, finansami i personelem.

W zakresie instytucji służby zdrowia najważniejszymi są szpitale. W lipcu b. r. mieliśmy do dyspozycji ok. 64 tys. łóżek szpitalnych. Od lipca do października b. r. Wojska Radzieckie opróżniły ok. 30 tys. łóżek. W tej chwili w Polsce mamy ok. 74 tys. łóżek szpitalnych. Jeżeli w r. 1939 na 10 tys. mieszkańców mieliśmy 21 łóżek szpitalnych, to obecnie znacznie się poprawiło, mamy już 33 łóżka szpitalne na 10 tys. mieszkańców.

Finanse: Budżet Ministerstwa Zdrowia w II kwartale b. r. wynosił ok. 60 milj. zł., budżet zaś IV kwartału b. r. wynosił już przeszło 300 milj. zł. Jeżeli weźmiemy pod uwagę drożyznę jaka panowała w II kwartale i porównamy ze spadkiem cen w IV, zrozumiemy jak znacznie się poprawiły warunki finansowe.

Jedna rzecz przedstawia się nader smutnie, to sprawa personelu. Jeżeli na 10 tys. ludności w r. 1939 mieliśmy 4 lekarzy, to obecnie mamy ich 2. Jeżeli przeciętnie na terenie powiatu znajdowało się 8 lekarzy, to obecnie mamy ich tylko 2. Ogólnie ilość lekarzy w Polsce zmniejszyła się o połowę, ale jeżeli weźmiemy pod uwagę wieś, to tam spadek przewyższa wielokrotnie spadek lekarzy w Polsce w ogóle. Jakie to ma kolosalne znaczenie dla Państwa, muszę Kolegom wyjaśnić.

Miasto nigdy nie dawało dużego przyrostu naturalnego ludności. Obecnie zaś nie tylko, że nie daje ale wprost przeciwnie, z różnych krańców naszego Państwa napływają wieści o wymieraniu jakby ludności miast. Przyszłość narodu, przyszłość państwa zależy od wsi polskiej. Ona tylko da nam przyrost naturalny. Sprawa pomocy lekarskiej dla wsi jest sprawą tak palącą, tak ważną i tu należy bić na alrm i nikomu z nas wobec tego zagadnienia nie wolno przejść obojętnie.

Jeszcze jedna sprawa. Wiemy jak ważną rzeczą dla przyszłości gospodarczej naszego kraju jest sprawa zagospodarowania ziem nowoprzyłączonych. I znowu smutna wiadomość. 34 powiaty naszej R. P. to biała plama pod względem służby zdrowia, tam nie ma ani jednego naszego lekarza. Już kilkakrotnie wspomniałem tutaj jak wielką wagę przywiązuje Ministerstwo do sprawy lecznictwa zorganizowanego Ubezpieczeń Społecznych. Mówiłem o tym, że została powołana przez Centralną Komisję Związków Zawodowych komisja dla reorganizacji tego lecznictwa. Stoimy bowiem na stanowisku, że tak jak w sprawach lekarskich nic nie może być decydowane bez nas lekarzy, tak o sprawach lecznictwa świata pracy nic nie może być decydowane bez tego świata pracy. Stąd jest jasna sprawa: im mocniej zwiążemy się z tym światem pracy, tym większe będziemy mieli szanse przeprowadzenia naszych postulatów.

Dr Gołąb: Ze względów technicznych nie wydrukowaliśmy i nie rozesłaliśmy kolegom referatów tu wygłoszonych. Roześlemy je w najbliższym czasie. Zawierają one pewne dezyderaty, które koledzy muszą przedyskutować w terenie. Referaty te różnią się między sobą. Trzeba z nich wyłuskać i wprowadzić w życie to, co się już dziś da zrobić, a z resztą zagadnień musimy poczekać aż będzie więcej lekarzy w Polsce. Co dyr. Krygier mówił o 5%, to nie ma znaczenia. Nie upieramy się przy 5%. Prywatna praktyka lekarska inna jest teraz, niż dawniej, ale ona będzie zawsze, była nawet w obozach koncentracyjnych. Ubezpieczeniowcy nie dbają o świat lekarski. Ubezpieczalnia dała większą pomoc dentystyczną ubezpieczonym, a o samych lekarzach dentystach, których wyłączono z umów z powodu ograniczonej pomocy dentystycznej w ustawie scaleniowej, nie pomyślano. Musimy żądać kategorycznie, aby z „zasad ogólnych" wykreślić artykuł 1 par. 1, pkt 3. wyłączający lekarzy dentystów z umów zbiorowych.

Ubezpieczalnie źle traktują lekarzy, wobec czego nie mogą oni pracować wydatnie, bo muszą starać się o inne źródła zarobkowe. Zarzut dyr. Grynberga jest nierealny. Najpierw musi być stworzona organizacja, a wtedy nie będą mogły mieć miejsca tego pokroju napaści na lekarzy, jaką znajdujemy w nrze 4-tym „Trybuny Związkowca". Cytuję dosłownie:

„Liczba lekarzy jest niedostateczna dotąd, poza tym wielu lekarzy uchyla się od pracy w ubezpieczalniach, woląc uprawiać praktykę prywatną, bardziej oczywiście opłacalną. Organizacje zawodowe lekarzy, niestety, nie przeciwdziałają temu antyspołecznemu nastawieniu wielu lekarzy wobec instytucji ubezpieczeń społecznych".

Słowa te podpisane są nie przez byle kogo, bo przez Obywatela Wiceministra Giebartowskiego. Chcemy stworzyć oblicze lekarzy ubezpieczeń. Myśmy to przepracowali, czego dowodem są dwa referaty, któreśmy przedyskutowali, przerobili i skorygowali. Krytyka była może zbyt pochopna. Ale rzuciliśmy ziarno. Niech strona krytykująca weźmie je do serca, przemyśli i przedyskutuje. Niech społeczeństwo przetworzy je dalej.

Dyr. dr Modliński: Ubezpieczenie robotników rolnych jest już na warsztacie, niedługo je wprowadzimy. Członkom rodzin przedłużymy okres świadczeń chorobowych. Wszelkie reformy w zakresie ubezpieczeń społ. muszą być oparte na finansach. Oświadcza w imieniu Ministerstwa Pracy i Op. Społ. że projekt powszechnej służby zdrowia jest poza dyskusją. Różnice mogą być tylko co do metod. Ubezpieczenia chorobowe są dorobkiem mas pracujących i b. ważnym elementem w Ministerstwie Pracy, muszą one w tych rękach pozostać. By praca w produkcji była dobra, nie można robotników pozbawiać lecznictwa. Upowszechnienie służby zdrowia jest koniecznością państwową. Dużo ludzi jest dotychczas poza opieką leczniczą. Inowacja dotyczy ich przede wszystkim. Póki ludność, nie pracująca najemnie, nie znajdzie środków finansowych dla siebie na leczenie,

upowszechnienie służby zdrowia byłoby stratą dla ubezpieczeń społ. Ubezpieczalnie społ. dźwignięto wysiłkiem klasy pracującej. Wytrzymały one wszystkie wstrząsy i tym dowiodły swej żywotności. Nie można ich teraz pomniejszać. Raczej należy do nich przyłączyć nowe problemy. Ministerstwo Zdrowia musi mieć ogólne kierownictwo i planowanie w dziedzinie zdrowia. Planować jednakowoż, to nie znaczy pochłaniać, lecz nastawiać czynniki te, które są, do dyspozycji dla własnej polityki i w tym sensie Ministerstwo Pracy i Op. Społ. odstąpi swe funkcje Min. Zdrowia. Ale nadzór i kontrola nad lecznictwem ubezpieczonych musi pozostać w rękach Min. Pracy. Nie może więc być dwóch nadzorców w jednej instytucji: dyr. lekarz i dyrektor ubezpieczeniowiec. Gdy oddzieli się lecznictwo od Min. Pracy, to wtedy możemy dysputować. Przecież w Min. Pracy są też lekarze, którzy bronią interesów zatrudnionych w US lekarzy.

Dr Marcinkowski zgłasza wnioski, które mu się nasuwają w związku z wygłoszonymi referatami: Zjazd wzywa Rząd:

1. Do jak najszybszego ujednolicenia i rozszerzenia pomocy lekarskiej dla ludności pracującej przez rozciągnięcie przymusowego ubezpieczenia od choroby na możliwie najszersze warstwy ludności a w szczególności na robotników rolnych.

2. Do rozciągnięcia lecznictwa ubezpieczalnianego na wszystkich pracowników kolejowych celem uniknięcia wielotorowości w organizacji lecznictwa.

3. Oparcie powszechnego uspołecznionego lecznictwa w mającej powstać Powszechnej Służbie Zdrowia o dotychczasowe lecznictwo Ubezpieczalni Społecznych.

4. Podporządkowanie w powyższy sposób zorganizowanego lecznictwa U. S. bezpośrednio Ministerstwu Zdrowia.

5. Jak najszybszego upaństwowienia przemysłu farmaceutycznego, jako kluczowego dla interesów zdrowia publicznego, a tym samym dla państwa.

Końcowe przemówienie dra Liwszyca-Tomasika.

Z braku czasu zmuszony jestem ograniczyć się do omówienia jedynie najistotniejszych zarzutów i pytań. Skłonność kol. Stefańskiego do widzenia w naszych planach budownictwa „szklanych domów" jest dziś mniej aktualna, jako że żyjemy w erze przemian strukturalnych, że zatem i gmach zdrowia publicznego trzeba budować od podstaw.

Co do obaw realizacji powszechnej służby zdrowia w oparciu o państwo, to referent widzi wady, potencjalnie tkwiące w centralizmie. To też wypowiada się za powołaniem do życia organów samorządowych, któreby wady te zneutralizowały. W każdym razie puścić w ruch tak poważną organizację, jaką ma być powszechna służby zdrowia, może jedynie państwo z jego aparatem. Nie wyklucza to, — jak widzimy na przykładzie Rosji i Anglii — możliwości częstych prób reorganizacji i udoskonalenia tej służby wnet po wprowadzeniu jej w życie.

Na pytanie komisarza ZUSu dra Krygiera odnośnie do losów praktyki prywatnej, to referent nie sądzi, by ta ostatnia tak prędko zaginęła. Trzeba się liczyć z bujnym rozkwitem kultury zdrowotnej wśród szerokich warstw i z niemożnością sprostania w pierwszym okresie wszystkim wczesnym lub drobnym skargom pacjentów z ich nałożeniami nerwowymi przez młodą powszechną służbę zdrowia. Przypuszczać zresztą należy, że państwo będzie usiłowało zapewnić byt materialny i zaspokoić potrzeby kulturalne lekarza, tak, by nie był zmuszony zabiegać o praktykę prywatną. Również przewidywana w przyszłości selekcja młodzieży do zawodu lekarskiego po linii szczerego pociągu do medycyny zwiększy znacznie odsetek lekarzy nie nastawionych specjalnie na praktykę prywatną.

Co do przymusu osiedlania się lekarza na wsi — to był on przecież i przed wojną. Referent jest za „najbezboleśniejszym zabiegiem": należy premiować lekarzy udających się na wieś, bądź zapewniając im mieszkanie, bądź przyznając im dłuższe urlopy i zniżki różnego rodzaju, możliwości dokształcania się itp. Reforma studiów lekarskich, przekształcenie struktury socjalnej młodzieży akademickiej oraz zakładanie uniwersytetów na prowincji też stępi w przyszłości i ostrość zagadnienia przymusu.

Decyzje łódzkie wprowadzenia do Ubezp. Społ. nieograniczonego — wprawdzie zmodyfikowanego i odpowiednio złagodzonego — wolnego wyboru lekarza wywołują ferment, cofając nas w embrionalne stadium naszych poglądów organizacyjnych. System bowiem zapłaty jednostkowej (a takim jest w gruncie rzeczy system nieogran. wolnego wyboru lekarza) w przeciwstawieniu do płac ryczałtowych (zależnie od specjalności, wysługi lat i ilości godzin) rodzi wśród lekarzy kontrasty społeczne oraz uzależnia w dużej mierze wziętość lekarza, a co za tym idzie, wysokość jego poborów od fachowego kwalifikowania go przez pacjentów, do czego ci ostatni bynajmniej nie powinni być uprawnieni (ograniczając się do krytyki obywatelsko-etycznych kwalifikacji lekarza).

Referent i kol. Hozer zgadzają się w tenorze swoich wywodów. Zarówno jeden, jak i drugi jest za skupieniem całokształtu ochrony zdrowia w jednym resorcie — w Ministerstwie Zdrowia. Różnica między nimi polega na tym, że referent jest zdania, żeby wyłącznie lecznictwo pozostało w zasięgu Mtwa Zdrowia, zaś kol. Hozer chciałby temu ostatniemu podrzucić jeszcze dział zasiłkowy ubezpieczeń chorobowych, co prowadzi do niepożądanej, według referenta, dwutorowości.

Wyrwanie lecznictwa z pod nadzoru Mtwa Pracy i Opieki Społ. nie będzie dla tego ostatniego stanowiło poważnego uszczerbku, albowiem resort ten skompensuje sobie to pracą, jaką mu przysporzy dalszy rozwój Ubezpieczeń Społecznych.

Końcowe przemówienie dra Hozera:

Dziwi mnie, że dr Krygier, który był bojowcem ubezpieczeniowym podniósł sprawę praktyki lekarskiej, która była jednym z głównych argumentów tych lekarzy, którzy w chwili narodzin ubezpieczeń społecznych przeciwstawiali się ich powstaniu właśnie z powodu praktyki lekarskiej. I teraz także jestem przekonany, że podobnie jak ubezpieczenia społeczne przyciągnęły do lecznictwa masy pracujące — przedtem pomocy lek. pozbawione, tak i powsz. sł. zdrowia otworzy nowe pola pracy lekarskiej.

Sprawy 5% potrącenia z wpływu składek chorobowych nie można traktować tak, jak dr Krygier,

gdyż chodzi tu jedynie o koszta ściągania składek chorobowych, a nie koszta innych agend ubezpieczeniowych.

Rozdzielenie Wydziałów lecznictwa i Wydziałów świadczeń długoterminowych niczego nie rozbija, a stwarza jasność i rozgranicza kompetencje. Właśnie Zjazd dzisiejszy wykazał konieczność takiej separacji.

Gdy stworzona zostanie samorządowa organizacja lecznictwa ubezpieczeniowego oparta na samorządnym funduszu, wówczas można będzie zorganizować lecznictwo, jak należy, a zmieszczą się tam nawet i formy organizacyjne z wolnym wyborem lekarza.

Na pytanie, co będzie z samorządem terytorialnym ubezpieczeń odpowiadam, że zostanie nienaruszony. Samorząd jest szkoła obywatelską i gdy został ubezpieczeniom odebrany, słyszało się głosy: „do samorządu muszą być najpierw ubezpieczeni wychowani". Jakże można kogoś wychować, jeżeli mu się odbierze szkołę, w której ma być wychowywany? Rada Zarządzająca zostaje tak, jak była.

Na wątpliwości czy w proponowanym przezemnie podziale na Wydziały nie będą zachodzić spory między dyrektorem lekarzem, a dyrektorem ubezpieczeniowcem, odpowiadam, że takiego lekarza i takiego ubezpieczeniowca, którzyby się nie umieli pogodzić, nie potrzeba w ubezpieczalniach i obu trzebaby z tej instytucji wyrzucić,

W odpowiedzi na wywody przedstawiciela resortu pracy podkreślam, że w sprawach przezemnie poruszanych nie resort zdrowia ma się podporządkować, lecz sprawy zdrowia jako najważniejszego dobra ekonomiczno-społecznego reprezentowane przez Min. Zdrowia muszą podporządkowywać sobie cały szereg innych zagadnień ekonomiczno-społecznych.

W odpowiedzi drowi Krygierowi stwierdzam, że mówiąc o niedomaganiach ubezp. społecznych i upadku lecznictwa, mówiłem o okresie sprzed 1939 a nie o okresie obecnym. Z tego trzeba jednak wyciągnąć wnioski na przyszłość.

Z zadowoleniem przyjmujemy do wiadomości oświadczenie dyr. Modlińskiego z Mtwa Pracy zapowiadające rozszerzenie ubezpieczeń społ. na robotników rolnych, oraz zapowiedź przedłużenia czasokresu świadczeń dla rodzin.

Kalkulacja matematyczna ubezpieczeń obecnie ulega ustawicznym wstrząsom, gdyż na ubezpieczenia zwala się cały szereg obowiązków, za które nikt nie płaci (leczenie wojska, urzędników państw., repatriantów itd.). To chyba najlepszy dowód, że żadna inna organizacja nie dorosła do objęcia lecznictwem całości społeczeństwa, a nie dorosło nawet państwo, skoro obowiązki te przerzuca na ubezpieczenia, nie płacąc za te świadczenia. Dlatego też samorządny „Fundusz Lecznictwa i Zapobiegania" będzie gwarancją, że nikt nie będzie przerzucał na ten fundusz bezpłatnego wykonywania obowiązków nie przewidzianych ustawą lub kalkulacją matematyczną.

Dyr. Modliński mówił o zbliżeniu elementu zdrowia i pracy jako argumencie za pozostawieniem pracy i zdrowia w jednym resorcie. Skoro tak, to dlaczego nie zbliżono dotychczas lecznictwa do Zakładów pracy, lecz pozostawiono system, który jest tego przeciwieństwem, mianowicie lekarza domowego, którego należy definitywnie zlikwidować jako absurd organizacyjny.

Nie można się zgodzić na stanowisko dyr Modlińskiego, że najpierw niech powszechna sł. zdrowia zaspokoi potrzeby, a potem może się ubezpieczenie z nim połączyć, lecz ma być odwrotnie. Najpierw musi powstać podstawa organizacyjna powsz. sł. zdr. pod postacią lecznictwa ubezpieczeniowego.

W sprawie stosunku do Związków Zawodowych, to jestem za organizacją nie tylko pionową, ale podwójną: poziomą i pionową (przedstawia schemat). Organizacja pozioma, to poszczególne Związki lekarskie (ubezpieczeniowych, szpitalnych, kolejowych itd.) zgrupowane jako autonomiczne sekcje w Związku Lekarzy P. P. Ten ostatni idzie pionowo, współpracując z również pionowo się wznoszącą konstrukcją Związków Zawodowych. Sprawy zdrowia, czy chcemy czy nie chcemy, są dziś sprawami politycznymi.

Wolne wnioski

Wniosek lekarzy łódzkich:

Nadzwyczajne Walne Zebranie Koła Lekarzy Ub. Społ. w Łodzi w dniu 31 X 1945 zwraca się do Ogólnopolskiego Zjazdu Lekarzy Ub. Społ. w Krakowie z wnioskiem o reorganizację pracy lekarzy zainteresowanych w Ubezp. Społ. na następujących zasadach:

Jako dezyderat:

a. wolny wybór łekarza,

b. dopuszczenie do leczenia ubezpieczonych wszystkich lekarzy z danego terenu pod egidą Związku,

c. przekazanie 20% przypisu składek ubezpieczalń Związkowi lekarzy do rozprowadzenia wśród zatrudnionych lekarzy przez Związek.

Podpisali wniosek: kol. Sienkiewicz i kol. Chęciński.

Dr Chęciński: W Łodzi już jest wolny wybór lekarza. Koledzy są z niego zadowoleni. Przed wprowadzeniem tego systemu lekarze łódzcy uciekali z ubezpieczalni. Tak niskie były ich pobory. Byli przytem nadmiernie przeciążeni pracą szczególnie lekarze domowi, (46 lekarzy na 130000 ubezpieczonych).

Kol. Martyński: Uważa, że dyskusja nad tym wnioskiem jest niecelowa. Co dobre jest dla kolegów łódzkich, nie musi być dobre dla reszty kraju. $^{9}/_{10}$ terenu państwa nie ma wolnego wyboru lekarza w Ubezpieczalniach. Przekażmy ten wniosek Zarządowi do rozpatrzenia. Nas obowiązują zasady do umów.

Dr Gołąb: Jeżelibyśmy przyjęli postulat łódzki, to musimy wypowiedzieć wytyczne. Łódź ma wolny wybór lekarza, ale nie musi mieć tego cała Polska.

Dr Golonka: Na Śląsku jest też wolny wybór lekarzy. Sam jest na Śląsku, był przedtem w Poznaniu i w Krakowie, jako lekarz US. Może więc czynić porównania. Przed wojną lekarz punktowy w Poznaniu zarabiał 2000 zł. Lekarz za pensją ryczałtową pracuje gorzej, leniwiej, gdy tymczasem system punktowy zmusza lekarza do lepszego załatwiania pacjenta, by ten do niego wrócił w przyszłości. To będzie upowszechnienie lecznictwa. Obecnie na Śląsku organizacje lekarskie otrzymują od ubezpieczalń 20%

przypisu składek i rozdzielają między zatrudnionych lekarzy, zależnie od ilości kartek porady. (Ilość kartek ograniczono przy tym do 1500 na miesiąc). Z funduszu tego płacimy wdowom po lekarzach po 1000 zł miesięcznie. Wystarcza nam i na to, bo sami dysponujemy pieniędzmi. Do praktyki nie dopuszczamy wszystkich lekarzy.

Dr Grodecki: Łódź pracuje wbrew umowie z ZUSem. Koledzy w Łodzi byli źle płatni, US nie daje im tego, co się należy.

Dr Hozer: Wolny wybór da się uzgodnić z naszą umową. Bierzcie 20% i wypłacajcie sobie jak chcecie! Niech Łódź i Śląsk będą odcinkami eksperymentalnymi, byśmy wiedzieli na przyszłość, który system jest lepszy.

Stawia wniosek:

Sprawy organizacji i systemu lecznictwa zostaną załatwione w zależności od warunków miejscowych na zasadzie porozumienia między miejscowymi organizacjami lekarskimi a ubezpieczalniami społ. przy zastosowaniu art. 11 „Zasad umów".

Za wnioskiem 36 głosów, przeciw 2 głosy i 1 wstrzymujący się.

Dr Stefański: Sprawa nie jest tak prosta na Śląsku z tym wolnym wyborem lekarza. Lekarz US musi być przyjęty przez kolegów już zatrudnionych na danym terenie.

Dr Liwszyc-Tomasik: System wolnego wyboru lekarza nie jest odpowiedni dla lekarzy. Łatwiej w nim dochodzi do powstania jaskrawych, nie zawsze rzetelną wiedzą lub pracą umotywowanych różnic w zarobkach. Zdrowszą jest między innymi z punktu widzenia organizacji ryczałtowa zapłata.

Dr Sienkiewicz (Łódź): Wolny wybór jest dobry bo lepiej zaspakaja interesy lekarzy. Z ryczałtu wpłacanego organizacji lekarskiej przez U. S. można zapewnić dostateczne utrzymanie wdowom po lekarzach. Ubezpieczalnia Społeczna była zawsze znienawidzona przez ubezpieczonych. Odium spadające na U. S. z powodu braków i niedociągnięć bije zawsze w lekarzy. Mankamenty popełnia administracja, a ubezpieczeni winią za to lekarza.

Dr Mąkowska (Poznań): W Poznaniu przed wojną wprowadzono lekarza domowego. Niemcy wprowadzili wolny wybór lekarza, ubezpieczeni byli z tego systemu zadowoleni. Obecnie wprowadzono z powrotem system lekarza domowego, z czego tak lekarze jak i ubezpieczeni są niezadowoleni.

Dr Biberstein: Wolny wybór lekarza jest już dysputowany od 10 lat. Lekarze Łódzcy byli źle płatni. Urządzili sobie życie lepiej. Zostawmy to im. Komitet Wykonawczy niech załatwi tę sprawę podobnie, jak sprawę kolegów z Białegostoku.

Dr Chęciński: Niech Komitet Wykonawczy się tym zajmie. Powinien uwzględnić specjalne warunki terytorialne. W Łodzi przepływa dużo lekarzy. Lekarze Łódzcy nie chcą obejmować posad lekarzy domowych, bo ich jest za mało, a ubezpieczonych bardzo dużo. Płatni jesteśmy dość dobrze: lekarz domowy 600 zł za godzinę, a specjalista 650 zł. Ale i to jest za mało. Mamy umowę z US do końca listopada. Czekamy na załatwienie tej sprawy w skali ogólnopolskiej. Lekarze w Łodzi zatrudnienie w US traktują jako obowiązek społeczny, od którego może być zwolniony tylko lekarz, który pracuje społecznie już gdzieindziej.

Dr Stefański: Czy nie za dużo domagają się lekarzy domowych koledzy w Łodzi, bo aż 130 na 133000 ubezpieczonych?

Dyr. Grynberg: Lekarz Nacz. Dr Kunicki domagał się dla Łodzi 300 lekarzy. Nie mógł ich jednak dostać, bo nie chcięli pracować w US.

Dr Krygier: Kłopoty lekarzy łódzkich są poważne, należy je jak najszybciej załatwić. Już w najbliższą środę omówimy wraz z ministerstwem pracy tę sprawę.

Dr Kusiak: Od teraz wszelkie sprawy lekarskie US niech załatwia Związek Centralny. Nie wolno załatwiać tych spraw oddzielnie przez organizacje lokalne.

Dr Grodecki: Koledzy w Łodzi postępują wbrew umowie.

Dr Gołąb: My chcemy 20% przypisu składek, ale formę płacenia niech załatwia sobie dowolnie każdy oddział miejscowy. Bolączki Białegostoku, Bydgoszczy i Łodzi będą załatwione przez Ministerstwo już w najbliższym czasie.

Dr Baborski: Statystyka często jest fałszowana. Statystyka w US była niepotrzebna, zła. Jeśli jest konieczna, to przerzućmy ją z bark lekarza na siły biurowe. Niech nie obciąża lekarza.

Dr Ciećkiewicz: Statystyka często kłamie, tym niemniej jest ona potrzebna, bez niej nie możemy gospodarować. Nadmierna statystyka bywa uciążliwa dla lekarza. Obecnie ma być statystyka uproszczona, ale taka musi być. Niech ona będzie w ministerstwie wykorzystana, a wyniki jej podane kolegom do wiadomości.

Dr Hozer: Statystyka musi być, bo to jest potrzeba międzynarodowa. Trzeba ją jednakże w US uprościć. Choroby zakaźne i społeczne muszą być w statystyce prowadzone.

Dr Stawiński (Bielsko): Stawia wniosek:

O ustalenie ostateczne i jednolite na terenie całego Państwa obowiązującej normy przyjęć chorych, a mianowicie: 6 chorych na godzinę dla specjalistów, 8 chorych na godzinę dla lekarzy domowych, przy czym ilość przyjętych w ciągu dnia pracy lekarza byłaby podstawą do ustalenia jego poborów.

Dr Kusiak: jest za dużo pacjentów na jedną godzinę.

Dr Schimmer: zajmowanie się tą sprawą jest bezprzedmiotowe, bo wedle przepisów lekarz dom. musi przyjąć wszystkich.

Dr Jaruzelska: Jest za wnioskiem. Lekarze w Białymstoku przyjmują znacznie więcej; ona jako laryngolog, przyjmuje 20 pacjentów na godzinę.

Dr Martyński: W umowie jest zastrzeżone, że gdy za dużo pacjentów to zmienia się rejon. Nie żądajmy zapłaty za więcej godzin, bo lekarz nie może więcej niż 5 godzin pracować.

Dr Jaroń: Dyskutujemy na próżno. Pracujemy w nienormalnych czasach. Często musimy dłużej pracować, ale niech to będzie wynagrodzone.

Dr Ciećkiewicz: Gdy lekarz ma więcej pracy, to można żądać rewizji rejonu albo zwiększenia liczby godzin. W małych jednak ubezpieczalniach musimy wynagradzać godziny nadliczbowe.

Dr Stawiński (Bielsko): Stawia wniosek:
Ze względu na to, że stawkę ubezpieczeniową oblicza się od poborów gotówkowych pracownika, a nie od ich całości tj. poborów gotówkowych plus pobory w naturze, wnoszę o powiększenie tych wpływów przez wprowadzenie stawki minimalnej.

Dyr. Krygier: Jest za wnioskiem, gdyż to jest woda na młyn ZUSu.

Dr Gołąb: Wniosek jest logiczny i dobry dla nas; gdy zwiększy się dochód US, to i lekarzom będzie lepiej.

Dr Biberstein: to jest w ustawie o ubezpieczeniach, należy tylko ustawy się trzymać.

Dr Stefański: Wniosek bardzo aktualny, gdyż dużo robotników otrzymuje pobory w naturze, na Śląsku np. robotnik otrzymuje tylko 10% poborów w gotówce, resztę w naturze. Należałoby „naturę“ obliczyć po cenach rynkowych i dołączyć do poborów gotówkowych i od sumy tej obliczyć składkę ubezpieczeniową.

Wniosek przeszedł. 1 głos przeciw, reszta za.

Dr Jasieński: Ze wszystkich szpitali w Polsce, poza zburzonymi wskutek działań wojennych, największe szkody poniosły szpitale Ubezpieczalni, w szczególności szpital Ubezpieczalni krakowskiej i do dziś największa dzieje mu się krzywda. W szpitalu naszym, przekształconym na niemiecki szpital dystryktu, przez 5 i pół lat gospodarował okupant niemiecki, przy czym okradł i ograbił go doszczętnie ze wszystkiego.

Po pierwszej ucieczce niemców szpital przez szereg miesięcy był przytułkiem dla chorych kalek i bezdomnych — ofiar katastrofy warszawskiej.

A kiedy wreszcie w kwietniu usiłowaliśmy z powrotem szpital uruchomić — zajął go nam szpital Radziecki i zdołaliśmy sami jedynie wybronić $^1/_3$ szpitala, nie uzyskawszy poparcia miarodajnych czynników, mimo iż chodziło o szpital robotniczy.

Mimo katastrofalnego braku łóżek szpitalnych w Krakowie nadal zajmujemy tylko $^1/_3$ szpitala i walczymy z wielkimi trudnościami, nie posiadając dostatecznej ilości łóżek, pościeli, bielizny, przyrządów lekarskich, środków lokomocji itd.

Korzystając ze Zjazdu, proszę aby Zjazd zwrócił się do Ministerstwa Opieki Społecznej i Min. Zdrowia z prośbą o zaopiekowanie się szpitalami Ubezpieczalni narówni ze szpitalami Państwowymi. Dotychczas byliśmy traktowani zupełnie po macoszemu, gdyż żadnej pomocy znikąd nie otrzymaliśmy.

Chodzi o zwrócenie się do miarodajnych czynników Sowieckich w sprawie natychmiastowego opróżnienia zajmowanych od 7 mieisięcy $^2/_3$ szpitala, o przeznaczenie większej sumy na remont szpitala po opróżnieniu go przez szpital Radziecki, wreszcie o przydzielenie 500-łóżkowemu przed wojną szpitalowi dwu dwustułóżkowych szpitali UNRR-y całkowicie wyposażonych, wraz z środkami lokomocji, którymi szpital mieszczący się za miastem również nie rozporządza.

Proszę o poddanie pod głosowanie następującej rezolucji:

Ogólnopolski Zjazd lekarzy Ubezpieczalni Społecznych podjął w czasie obrad w dniu 3 i 4 listopada 1945 r. następującą uchwałę:

Zjazd Lekarzy Ubezpieczalni Społecznych zwraca się do Ob. Ministrów Pracy i Opieki Społecznej oraz Zdrowia z prośbą o uzyskanie zwolnienia od zajęcia wszystkich zakładów leczniczych i przeznaczonych dla leczenia szerokich rzesz świata pracy, w szczególności zwolnienia dwu największych szpitali Ubezpieczalni, tj. szpitala w Krakowie i w Łodzi. Najszybsze uruchomienie opuszczonych szpitali i oddanie ich na użytek ubezpieczonych, przyznanie wydatnych subwencji UNRRA powinno nastąpić w interesie zdrowia publicznego najszybciej.

Wniosek przeszedł jednogłośnie.

Dr Hanke: Rezolucja:
W trosce o zapewnienie egzystencji lekarzy szpitalnych zjazd domaga się następującego uregulowania poborów lekarzy:

1. Uposażenie miesięczne dyrektora szpitala: 4250 zł, w tym za prowadzenie oddziału 3500, a za czynności administracyjne 750 zł. Nadto wolne mieszkanie, telefon, opał, światło oraz zezwolenie na praktykę prywatną z możnością operowania i leczenia chorych prywatnych w szpitalu za zwrotem 10% (zużycie materiałów i narzędzi).

2. Uposażenie miesięczne ordynatora 3000 zł. Nadto wolne mieszkanie, opał, światło lub ekwiwalent, gdy nie mieszka w szpitalu zezwolenie na praktykę prywatną z możnością operowania i leczenia chorych prywatnych za zwrotem 10% (zużycie materiałów i narzędzi).

3. Uposażenie starszego asystenta: miesięcznie 1800 zł. Nadto wolne mieszkanie, opał, światło i wyżywienie.

4. Uposażenie młodszego asystenta: miesięcznie 1100 zł. Nadto wolne mieszkanie, opał, światło i wyżywienie.

W okolicach specjalnie drogich, winni otrzymywać wspomniani lekarze szpitalni dodatek drożyźniany lokalny od 40 do 60% od zasadniczych poborów.

Za każde 3 lata pracy na stanowiskach kierowniczych przysługiwałby się ordynatorom dodatek 10% a asystentom za każde 3 lata pracy szpitalnej również 10% poborów.

Lekarze szpitalni otrzymaliby premię za pracę nocną.

Dr Stefański: za wnioskiem: Na Śląsku lekarze szpitalni, nie mają unormowanych poborów. Uposażenie ich jest strasznie niskie.

Dr Chęciński: Tę sprawę należy załatwić lokalnie. Co do żądania zezwolenia na praktykę prywatną w szp. U. S. uważa, że szpital nie jest lecznicą prywatną. Niemoralne to i niespołeczne!

Dr Kusiak: W Krakowie w 1939 mieliśmy umowę szpitalną. Pobory lekarzy szpitalnych były analogiczne do poborów lekarzy domowych. Dziś pobory nasze są 3 razy wyższe. Najlepiej byłoby przyjąć naszą umowę dla całego Państwa.

Dr Stefański: Nie głosujmy tej rezolucji, lecz zostawmy to Zarządowi. Niech Zarząd prześle umowę krakowską na Śląsk.

Dr Gołąb: odczytuje dezyderaty przysłane na Zjazd przez lekarzy z Zamościa nie mogących przybyć do Krakowa rzekomo z powodu trudności komunikacyjnych. Dezyderaty te ilustrują ciękie warunki bytu lekarza, fikcyjność jego poborów oraz post-

ponowanie go w porównaniu z resztą pracowników tej instytucji. Koledzy zamojscy wypowiadają się za utworzeniem Zw. Lekarzy Ub. Społ., który miałby stanowić sekcję Związku Zaw. Lek. P. P. obok szeregu innych sekcji. Ponadto proponują również oddzielenie ubezpieczeń chorobowych od długoterminowych. Domagają się poświęcenia więcej uwagi lekarzom inwalidom i ich rodzinom oraz utworzenia domu wypoczynkowego dla lekarzy. Żądają również wykreślenia z przyszłej umowy punktu, nakazującego lekarzom przestrzegania tajemnicy zawodowej i zakładowej. Jest to art. 8 „Zasad Ogólnych" który brzmi: par. 1 Zachowanie tajemnicy urzędowej dotyczy załatwiania i biegu wszelkich spraw urzędowych ubezpieczęnialni oraz obejmuje tajemnicę lekarską, par. 2. Zachowanie tajemnicy urzędowej obowiązuje również po rozwiązaniu umowy z lekarzem.

Podają motyw, że instytucja, która prowadzi gospodarkę bez zarzutu i z korzyścią dla członków ubezpieczalni, nie powinna się obawiać krytyki swojej pracy i rządzenia. Są za energicznym zabraniem się Rządu do radykalnej likwidacji lichwy „aptecznej" i spekulacji lekami, za należytym rozplanowaniem sieci lekarzy w terenie, wreszcie za zwolnieniem lekarza od płacenia podatku za służącą. Koledzy Zamojscy niepotrzebnie tylko obawiają się zakazu praktyki prywatnej przy wprowadzeniu Powszechnej służby Zdrowia.

Dr Ciećkiewicz: Przyjąć dezyderaty z poprawką i usunąć z nich to co jest sprzeczne z zasadami do umów.

Dr Hozer: Stosunek nasz do US jest umowny, a nie służbowy.

Dr Wilczyński: Należy upoważnić Zarząd do wydawania pisma związkowego.

Dr. Hozer: Pismo takie należy uruchomić, powinno ono mieć charakter bojowy.

Dr Ciećkiewicz stawia wniosek: Zjazd uważa za konieczne stworzyć pismo Związkowe, jeżeli Zarząd stwierdzi, że dotychczasowe pismo (Przegląd lekarski) nie wystarcza dla celów Związku, dla medycyny społecznej.

Wydawanie oddzielnego pisma jest bardzo kosztowne. „Przegląd Lekarski" walczy z niedoborem, ma zaledwie 600 abonentów. Dział poświęcony medycynie społecznej ożywi Przegląd Lekarski.

Dr Gołąb: jest za wnioskiem. Pismo muszą prenumerować wszyscy lekarze. Związek lekarzy US w Krakowie prenumeruje zbiorowo to pismo dla wszystkich członków. Inne oddziały Związku powinny pójść w nasze ślady.

Dr Biberstein: Starajmy się o powiększenie tymczasowo „Przeglądu Lekarskiego" albo wydawajmy go częściej. To się będzie kalkulowało taniej, niż wydawanie oddzielnego pisma. Zaprenumerujemy go dla całego Związku. Będziemy mieć 3000 prenumeratorów. Postawi to Przegląd na nogi. Związek może też udzielić subwencji.

Dr Hozer: „Przegląd Lekarski" jest pismem Tow. Lekarskiego, które się nie zgodzi na większy udział medycyny społecznej w piśmie. Potrzebne jest odrębne pismo z zakresu medycyny społecznej.

Dr Jaruzelska: Prowincja spragniona jest pisma.

Dr Chęciński: Pismo nasze jest potrzebne, ale poczekajmy z nim, aż powstanie pismo Związku lekarzy Państwa P. a w nim będzie dział medycyny społecznej.

Dr Liwszyc: proponuje wydawanie dodatku społ.-lekarskiego do „Przeglądu Lek. , np. raz na miesiąc.

Dr Ciećkiewicz: Przegląd lekarski jest pismem Izby lek., Województwa, Tow. Lekarskiego i Związku lek. P. P. Komitet redakcyjny bardzo chętnie zgodzi się na rozszerzenie działu medycyny społecznej w piśmie. Stawia wniosek:

Prenumerata „Przeglądu Lekarskiego" jest obowiązkowa dla członków Z. L. U. S.

Uchwalono jednogłośnie.

Dr Otto: Stawia wniosek:

W okresie 5 i pół letnich perturbacji wojennych wielu lekarzy zatrudnionych w Ubezpieczalniach przed wojną, straciło pewien czasokres pracy z powodu: aresztowań, obozów, służby wojskowej, likwidacji ubezpieczalni, względnie przymusowych przesiedleń.

Ogólnopolski Zjazd lekarzy U. S. uchwala: lekarzom, którzy uzasadnią swoją przerwę w pracy, uzyskać zaliczenie tego czasokresu do wysługi lat.

Uchwalono jednogłośnie.

Dr Ciećkiewicz: Zweryfikowaliśmy Kolegów z innych Ubezpieczalni, ale nie załatwiono tego dla przerwy wojennej.

Dr Sokołowski: Koledzy Lwowiacy pracowali 2 lata w Państwowych instytucjach zamiast w U. S. Trzeba im to zaliczyć do wysługi lat.

Dr Grodecki: Zarząd niech tę sprawę załatwi pozytywnie.

Dr Janusz: Stawia wniosek:

Tragiczne kroniki żałobne polskiego stanu lekarskiego w szczególności uczonych lekarzy zwłaszcza Wszechnicy Lwowskiej doby minionej skłaniają mnie zwrócić się do 1-go ogólnopolskiego Zjazdu Lekarzy US z propozycją podjęcia inicjatywy uwiecznienia niesłychanego w dziejach ludzkości masowego mordu lekarzy polskich i złożenia hołdu rzetelnym zasługom przez wydanie okolicznościowej serii znaczków pocztowych.

W tym celu stawiam wniosek, aby 1 ogólnopolski Zjazd Lekarzy U. S. zwrócił się z apelem do Ministerstwa Poczt i Telegrafów z prośbą wydania i puszczenia w obieg okolicznościowej serii znaczków pocztowych, odzwierciedlających postacie wybitniejszych uczonych lekarzy, poszczególnych Wszechnic Polskich, najbardziej znanych w świecie naukowym. Dla przyspieszenia sprawy wydawnictwa Zjazd poleca wnioskodawcy dostarczyć Ministerstwu Poczt i Telegrafów wykończone projekty wzorów przyszłych znaczków pocztowych, sporządzone przez lekarza a zarazem artystę dra Stefana Szmaja.

Uchwalono jednogłośnie.

Dr Grodecki; Dziękuje w imieniu lekarzy Warszawskich kolegom Krakowskim a przede wszystkim Kol. Ciećkiewiczowi i Gołąbowi za pomoc, okazaną Kolegom z Warszawy, gdy musieli opuścić stolicę.

Dr Gołąb: Dziękuję przedstawicielom Władz i Związków Lekarskich za przybycie na Zjazd. Najważniejsza korzyść Zjazdu: Świat lekarski będzie

miał swoje oblicze. Jakie ono będzie, niewiadomo. Będziemy teraz występować nazewnątrz jako ciało jednolite bez względu na zapatrywnaia polityczne i społeczne.

Przychodzą mi na myśl słowa zamieszczone w zeszycie 6-ym Nowin Lekarskich Kol. Stefana Wrzyszczyńskiego:

„Jako lekarze ujmujemy i przeżywamy otaczającą nas rzeczywistość w sposób dla naszego zawodu charakterystyczny. Jakiekolwiek by nie były różnice indywidualne pomiędzy lekarzami, to jednakże wszyscy razem, jako grupa społeczna, jako grupa zawodowa będziemy mieli wspólne tendencje do takich a nie innych zbiorowych reakcji".

Czeka nas wytężona praca przy budowie fundamentów zdrowia w tworzącym się państwie.

Na tym obrady zjazdu zamknięto.

KRAKOWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE

Protokół

z posiedzenia naukowego z dnia 3 października 1945

Dr Adam **Kunicki** (Klinika neurologiczna U. J.) przedstawia 2 chorych leczonych w szpitalu OO. Bonifratrów z powodu przewlekłego otorbionego **ropnia mózgu**. Leczeni byli różnymi sposobami i dlatego stanowią zobrazowanie możliwości leczniczych w tej dziedzinie oraz stwarzają sposobność do omówienia zastosowanych sposobów leczenia.

Chory G. M. l. 19 około czterech lat temu przebył doszczętną operację ucha. Po bardzo burzliwym przebiegu z objawami oponowymi i mózgowymi po kilku miesiącach odzyskał zdrowie i wrócił do pracy. Przez kilka lat cieszył się zupełnym zdrowiem. Prawie trzy miesiące przed obecną operacją, w czasowym związku z upadkiem z drabiny wystąpiły bóle głowy i wymioty. W ostatnich tygodniach stan chorego znacznie pogoroszył się. Na dnie oczu zjawiła się tarcza zastoinowa z wybroczynami, tętno jest zwolnione 40—45 oddech również (12). Jest coraz bardziej senny i przymroczony co obok bardzo przytępionego słuchu ogranicza znacznie możliwość dokładnego badania. Pewnego dnia w chwilach lepszej łączności z chorym udało się stwierdzić niedowidzenie połowiczne prawostronne, niemożność czytania, pisania oraz wykonywania najprostszych działań arytmetycznych. Przy badaniu mówił chory wyraźnie, pojmował co się do niego mówi, polecenia starał się wykonać. Zapytany z nienacka o nazwę jakiegoś przedmiotu nie zawsze mógł ją znaleźć *(aphasia nominalna)*. Pojmowanie dłuższych okresów mowy również nie zawsze było zupełne.

Na podstawie objawów nadciśnienia śródczaszkowego oraz wymienionych objawów ogniskowego uszkodzenia mózgu, u osobnika który przebył ropną sprawę uszną rozpoznano ropień płata skroniowego lewego. Konieczność leczenia chirurgicznego nie ulega wątpliwości; trzeba było wybrać sposób postępowania. Czas trwania sprawy dopuszczał przypuszczenie, graniczące z pewnością, że torebka ropnia jest dostatecznie mocna by móc ropień wyłuszczyć w całości. Sposób daje znakomite wyniki, lecz połączony jest z koniecznością dużego otwarcia czaszki co wobec bardzo ciężkiego stanu chorego byłoby niewątpliwie dla niego groźne. Ponadto umiejscowienie sprawy w części mózgu bardzo ważnej dla czynności poznawczych nasuwało zastrzeżenia co do zabiegu połączonego z koniecznością usunięcia, a w każdym razie przecięcia tkanki mózgowej pokrywającej ropień oraz z pewnym urazem tkanki otaczającej ropień, czego przy najbardziej oszczędzającym postępowaniu, wyłuszczając zazwyczaj znacznych rozmiarów ropień, uniknąć się nie da. Z powyższych względów by jak najmniejszy był uraz operacyjny, wybrano sposób zwykłego sączkowania. W znieczuleniu miejscowym wywiercono na wysokości 4 cm ponad otworem usznym zewnętrznym otwór o średnicy 2,5 cm. Wywiadowcza kaniula mózgowa wprowadzona do mózgu napotyka na głębokości 1 cm elastyczny, mocny opór, znamienny dla dobrze wykształconej torebki ropnia. Po zamknięciu przestrzeni podpajęczynówkowej prądem koagulującym ropień otwarto, treść ropną wyssano ssawką, poczem do jamy ropnia wprowadzono rurkowaty sączek gumowy. Stan chorego już nazajutrz znacznie lepszy. Bóle głowy ustały, po tygodniu zaczyna wstawać z łóżka, czyta, pisze, liczy i słyszy znacznie lepiej. Niedowidzenie połowiczne ustępuje. Obraz dna oka wraca do prawidłowego stanu po około 8 tygodniach. Dzisiaj 2,5 miesiąca po zabiegu chory pracuje bez żadnych dolegliwości.

Drugi chory J. H. lat 21 od roku miewa napady padaczkowe ogólne zawsze rozpoczynające eisę utratą przytomności, występujące raz miesięcznie, a czasem rzadziej. 3 tygodnie temu wystąpiły gwałtowne bóle głowy, wymioty oraz podwójne widzenie. Bóle głowy rozlane lecz silniej skupione w okolicy czołowej. Napady padaczkowe stały się częstsze. W chwili badania chory przytomny, zbornie podaje szczegóły dotyczące choroby. Tętno zwolnione mocno bijące w palec. Na dnie oczu obustronna tarcza zastoinowa z licznymi plamistymi wybroczynami. Podwójne widzenie z powodu niedowładu lewego nerwu 6-ego. Po kilku dniach również gałki ocznej nie dociąga do kącika zewnętrznego. Wargowa gałązka nerwu VII prawego słabsza. Innych objawów ze strony układu nerwowego nie stwierdzono. Rozpoznano guz mózgu umiejscowiony w płacie czołowym lewym. Brak niedowładów kończyn i zaburzeń mowy po napadach padaczkowych oraz rozpoczynanie się napadów utratą przytomności wskazuje na uszkodzenie przybiegunowej części płata czołowego. Panujące nad obrazem klinicznym obj. nadciśnienia śródczaszkowego przy nikłych objawach ogniskowych wskazują na możliwość ropnia, gdyż tak wybitne zwolnienie tętna rzadziej spostrzegamy w przebiegu nowotworów półkul mózgowych.

W znieczuleniu miejscowym $^1/_2$% nowokainą otwarto czaszkę płatem kostnym odsłaniającym czołową część mózgu po stronie lewej. 2—3 cm do tyłu od bieguna czołowego twardówka sklejona z pajęczynówką, rysunek kory mózgowej zatarty, spoistość zmniejszona. Zmienioną korę mózgową nacięto na odcinku około 3 cm i na głębokości 1,5 cm dotarto do czerwono-brązowej powierzchni guza, który dało się bez większych trudności oddzielić od otaczającej tkanki mózgowej. Przy zakładaniu na guz szwu kijcowego, służącego do przytrzymywania i wyważania guza, zjawiła się kropla ropy, którą natychmiast złapano sssawką, po czym guz przez szybkie wyważenie z łożyska usunięto w całości. Był on wielkości mandarynki. Przebieg pooperacyjny bez powikłań do 12 dnia, kiedy to zjawia się gorączka, która trwała przez 3 dni, a której przyczyną okazał się krwiak podskórny. Po usunięciu krwiaka ciepłota spada, stan chorego poprawia się z dnia na dzień. Dzisiaj niecałe dwa miesiące po zabiegu chory jest bez dolegliwości, tarcza zastoinowa ustąpiła prawie zupełnie. Napady padaczkowe jeszcze kilkakrotnie po operacji wystąpiły. Chory zażywa stale prominal i powinien zażywać go jeszcze najmniej przez rok, gdyż mimo usunięcia padaczkorodnego czynnika trzeba stłumić ustrojową skłonność do odczynu padaczkowego, która wyzwolona przez uszkodzenie mózgu nadal może być przez pewien czas powodem napadów padaczkowych.

Sposoby zastosowane w leczeniu przedstawionych chorych współzawodniczą z sobą w leczeniu przewlekłych, otorbionych ropni mózgu. Niewątpliwie wyłuszczenie ropnia w całości jest ideałem który zawsze chcielibyśmy osiągnąć, jednak o ile możności nie za cenę życia chorego.

Dlatego tam gdzie byłoby zbyt zagrożone dużym zabiegiem raczej pójdziemy drogą zwykłego sączkowania przez mały otwór w czaszce. Wyłuszczenie jest również przeciwwskazane jeżeli istnieje zapalne ognisko w kości, leżące w obrębie zamierzonego płata kostnego. Ujemną stroną sączkowania jest pozostanie w mózgu torebki ropnia. która może stać się z czasem przyczyną padaczki stanowiącej wtedy wskazanie do usunięcia torebki. Możliwe jest również przeoczenie ropnia bliźniaczego.

Przy wyborze sposobu postępowania trzeba kierować się właściwościami przypadku. Czasem kompromis daje dobry wynik: w ciężkim stanie chorego opróżniamy ropień przez nakłucie a po osiągnięciu poprawy przystępujemy do wyłuszczenia.

W dyskusji zabiera głos prof. dr **Miodoński**, który

uważa, że powstanie ropnia otogennego w przypadku przedstawianym przez kol. Kunickiego przypada najprawdopodobniej na moment zadziałania urazu. Przy uchu ropiejącym nie rządko spotykamy się z tym zjawiskiem, że uraz mechaniczny jest momentem wywołującym wystąpienie powikłania.

Jak właściwie przedstawiał się stan ucha w momencie operacji ropnia, tego nie wiadomo.

Co do sposobu postępowania operacyjnego — a mianowicie, że ropień drenowano a nie wyłuszczano, — to zdaniem moim był on najzupełniej trafny. Jest to metoda najoszczędniejsza dla tkanki mózgowej, co zwłaszcza przy tym umiejscowieniu ropnia jest bardzo ważne.

Jeśli jednak stoimy na stanowisku — co zresztą zdaje się nie ulegać wątpliwości, — że ropień był otogenny, — to droga na jakiej ropień dosięgnięto, winna pokrywać się z drogą najprawdopodobniejszej inwazji. To może zaważyć na dalszej przyszłości chorego.

Usuwanie ropni otogennych otorbionych drogą wyłuszczania, nie przedstawia jak dotąd dla otologii decydujących korzyści, — mieści zaś w sobie wiele stron ujemnych.

Ropnie otorbione pochodzenia usznego, nie są zresztą dla otologa największym zmartwieniem i traktowane w różny sposób, dają i tak najlepsze wyniki.

O wiele trudniejszym zagadnieniem są tu ropnie nieotorbione tzw. ropnie wolne.

Wydatną poprawę statystyki ropni wolnych uzyskałem przez wprowadzenie leczenia salwarsanem, — a w analogii do ropni płucnych — leczenie to stosuję od lat kilkunastu.

Obok leczenia salwarsanowego, naświetlania Rtg. dawkami przeciwzapalnymi należy uważać za właściwą pomoc. W ropniach móżdżkowych, gdzie postać szczelinowa jest tak częsta, stosuję od lat „mokrą tamponadę" przy pomocy lipiodolu. Po udałej punkcji wprowadzam w miejsce wyaspirowanej treści lipiodol, w nieco mniejszej objętości niż treść wyaspirowana. Przy tym postępowaniu można ropień szczelinowy zamienić na bardziej kulisty, jak to mogliśmy obserwować na zdjęciach. Warunki nacięcia i ewent. setonowanie są wtedy znacznie lepsze. Można też niekiedy doprowadzić ropień do wyleczenia drogą samych punkcyj. Przy punkcjach końcowych — aspiruję jedynie i nie wpuszczam już lipiodolu.

W dalszym ciągu dyskusji dr Hasmann stwierdza, że w latach 1940—1945 miał sposobność obserwować w Klinice Laryngologicznej U. J. 24 przypadki ropni mózgowych i móżdżkowych. W tej liczbie 12 przypadków dotyczyło ropni mózgowych, 12 móżdżkowych. Z pośród 12 ropni mózgowych pochodzenia usznego 1 przypadek, dotyczący ropnia prawego płatu skroniowego, pozostał nierozpoznany, 1 przypadek zmarł tuż przed mającą się odbyć operacją. Z pozostałych 10 przypadków operowanych 5 przypadków wyszło, 5 zaś zmarło. Na 12 przypadków ropni móżdżkowych pochodzenia usznego operowanych 6 przypadków wyszło 6 zmarło. Wszystkie przypadki operowane były ze względu na działanie w terenie zakażonym po uprzedniej operacji usznej przez sączkowanie.

Dr E. Ferens przytacza w związku z wyłuszczaniem ropni w całości dwa własne przypadki, dotyczące 1) ropnia pourazowego, 2) ropnia przerzutowego półkul mózgowych, w których współistniały ropnie podokostne czaszki. Usunięcie ropnia w jednym przypadku skończyło się pomyślnie, w drugim zaś doszło do zejścia śmiertelnego wskutek zapalenia opon mózgowych. Dr Ferens uważa, że w drugim przypadku, przedstawionym przez dra Kunickiego, ropnia płata czołowego istnieje niebezpieczeństwo nawrotu choroby wskutek wtórnego zakażenia przy zabiegu łożyska ropnia.

W odpowiedzi dr Kunicki zauważa, że dyskusja znacznie wykroczyła poza ramy tematu zakreślonego przedstawianymi przypadkami. Obrazują one leczenie przewlekłego, otorbionego ropnia mózgu i dlatego nie poruszał zagadnień związanych z innymi okresami tego cierpienia. Grubość i szybkość wytwarzania się torebki zależy istotnie od osobniczo różnej siły odczynu tkankowego, od rodzaju zarazka, jest jednak również funkcją czasu. Na podstawie klinicznych i doświadczalnych danych ustalono, że dostatecznie mocna torebka łącznotkankowa pozwalająca na bezpieczne wyłuszczenie ropnia, wytwarza się w ciągu 4-ch do 6-iu tygodni. Na znajomości tego opiera się zasada „hodowania ropnia" podostrego, a właściwie jego torebki, by doczekawszy się jej odpowiedniej grubości móc ropień usunąć w całości. Zasada czekania jak najdłużej. Jeśli przed upływem wspomnianego czasokresu wystąpią groźne dla życia objawy, postępujemy sposobem Clovis'a Vincent'a: płatowe otwarcie czaszki bez otwierania twardówki oraz nakłucie ropnia przez małe nacięcie twardówki tępą kaniulą mózgową. Jeśli torebka stawi znaczny elastyczny opór, możemy uważać ropień za dojrzały do wyłuszczenia. Jeśli kaniula łatwo przebije torebkę ropnia, wydobywamy z niego pewną ilość ropy po czym zamykamy czaszkę i czekamy. W ten sposób poprawiamy stan chorego odbarczeniem zewnętrznym przez ruchomy płat kostny oraz wewnętrznym przez zmniejszenie objętości ropnia. Osiągnięta poprawa trwa zwykle kilka tygodni, w ciągu których torebka ropnia wzmacnia się, stwarzając warunki do zabiegu doszczętnego. Raz jeszcze podkreślam, że omówiony sposób postępowania odnosi się tylko do ropni otorbionych i umiejscowionych w półkulach mózgowych. Otiatrzy spotykają się głównie z wczesnymi okresami ropni mózgowych, często w okresie czynnej sprawy usznej i dlatego zmuszeni są szukać innych sposobów postępowania. Ropień móżdżku nastręcza wyjątkowe trudności, gdyż sprawa toczy się w sąsiedztwie rdzenia przedłużonego i już bardzo wcześnie wywołuje objawy groźne dla życia. Dlatego też trzeba wkraczać czynnie jeszcze przed utworzeniem się torebki, co bardzo pogarsza rokowanie. Czy zastosowanie odbarczenia z następowym wyczekiwaniem nie poprawiłoby w tych razach wyników leczniczych jest sprawą doświadczenia.

Naderwanie się torebki ropnia w czasie wyłuszczania nie jest zbyt groźnym zdarzeniem. Ropę chwyta się ssawką a miejsce pęknięcia mając ciągle na oku, można uchronić od zetknięcia się z mózgiem.

Co do pierwszego przypadku, mnie również wydaje się prawdopodobniejsze, że przez uraz uczynniony był proces uszny, chociaż klinicznych objawów ze strony ucha — badanie otiatryczne nie wykryło. Z całą stanowczością nie można jednak wyłączyć bez objawowego trwania ropnia przez kilka lat, gdyż wypadki takie niewątpliwie zdarzają się. Obserwowałem ropień, który w piętnaście lat po postrzale spowodował śmierć wśród burzliwych objawów. Torebka ropnia bardzo gruba, częściowo była skostniała, częściowo schrzęstniała. Obok leżały dwa świeże ropnie, które spowodowały katastrofę. Powstały one przez ścieńczenie w pewnym miejscu torebki ropnia i przedostanie się zarazków do tkanki mózgowej otaczającej.

W dalszym ciągu posiedzenia doc. dr Janina Kowalczykowa wygłosiła odczyt pt.: „Zagadnienie ziarnicy złośliwej" (rzecz ukaże się w druku w „Przeglądzie Lekarskim").

Dyskusję nad odczytem odłożono na następne posiedzenie.

Protokół

posiedzenia naukowego z dn. 10 października 1945

Prof. dr Aleksander Oszacki wygłosił odczyt pt.: „Penicylina, jej własności chemiczne i biologiczne oraz zastosowanie kliniczne".

W dyskusji nad odczytem prof. Walter zawiadamia, iż krakowska klinika dermatologiczna U. J. od kilku tygodni rozpoczęła już leczenie rzeżączki i róży penicyliną, jak dotychczas z wynikami bardzo dobrymi. Porusza możliwości leczenia kiły penicyliną, przytaczając dane z literatury amerykańskiej.

Dalszą dyskusję odłożono na następne posiedzenie.

ALEKSANDER MACIESZA

Prezes Towarzystwa Naukowego w Płocku
i Prezes Związku Lekarzy

Dnia 10 października r. b. odszedł od nas w zaświaty kolega nasz, senior lekarzy płockich ś. p. dr Aleksander Maciesza w wieku 70 lat, działacz społeczny i polityczny, organizator szkolnictwa polskiego w dobie przełomowej i wychowawca młodszego pokolenia Narodu.

Ś. p. dr Maciesza urodził się na Syberii w Tomsku w 1875 roku. Po Ojcu swym, powstańcu 63 r., odziedziczył głęboką miłość Ojczyzny i Kraju. Miłości tej nie zagłuszyło wychowanie na obcej ziemi.

Po ukończeniu uniwersytetu w Tomsku przybywa do Płocka w 1904 roku, gdzie poświęca się pracy lekarskiej jako specjalista chorób oczu.

Praca zawodowa nie zaspokaja Go w zupełności. Widzi ciężkie położenie Narodu i Ojczyzny pod carskim jarzmem i z zapałem oddaje się pracy politycznej, społecznej i oświatowej. Naród ocenił tę Jego pracę i wysłał Go jako posła do Dumy rosyjskiej w Petersburgu, ażeby tam skutecznie bronił spraw polskich.

A kiedy w 1918 roku wyzwolona Polska doczekała się własnego samorządu, społeczeństwo ziemi Płockiej, aby dowieść, że darzy Go nadal swoim zaufaniem, wybiera Go Prezydentem Miasta Płocka, a Państwo zaś pomne zasług Jego nagradza Go między innymi orderem Polonia Restituta.

Uważając, że z chwilą odzyskania niepodległości rola Jego, jako polityka, do pewnego stopnia skończona, ekspanzywna i pracowita Jego natura szuka zaspokojenia w pracy naukowej. Odtąd oddaje się z zamiłowaniem badaniom w Tow. Naukowym, pracując przeważnie w dziedzinie prehistorii i antropologii. Prace Jego w tym kierunku zyskały Mu uznanie w świecie naukowym.

Pracował również przez długie lata w Tow. Lekarskim w Płocku.

Był dobrym i kochanym przez nas wszystkich kolegą. Jako długoletni prezes Związku Lekarzy Płockich prowadził kolegów przez długie lata ku lepszej przyszłości. Czystej, kryształowej Jego duszy i świetlanej postaci nie zapomną oni nigdy. Cześć Jego pamięci!

Dr Antoni Szurzec

SPRAWOZDANIA

SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA PAŃSTWOWEJ RADY ZDROWIA, KTÓRE ODBYŁO SIĘ DNIA 2 X 45 r W WARSZAWIE

Zebranych przedstawicieli nauki, lekarzy praktyków, lekarzy służby administracyjnej, i działaczy społecznych na niwie służby zdrowia powitał Minister Zdrowia dr Franciszek Litwin Otwierając to pierwsze posiedzenie zwołane na podstawie art 10 ustawy z dnia 15 czerwca 1939 roku, Minister stwierdził, że Służba Zdrowia w Polsce ma bogatą przeszłość. Niewola przytłumiła poprzednio uzyskane zdobycze, jednak niepodległość nasza pisała już śmiałe karty w księdze zdrowia publicznego Niestety życie gospodarcze i niezrozumienie znaczenia Zdrowia nie pozwoliło na zrealizowanie wszystkich planów. Zniesienie Min. Zdr. ze względów oszczędnościowych sprowadziło zwężenie kompetencji i ogólny upadek znaczenia służby zdrowia Mimo to stale domagano się skupienia agend Służby Zdrowia w jednym ręku, a w latach 1931 i 32 podjęto na nowo starania o restytucję Ministerstwa Zdrowia. 11 kwietnia 1945 r. powstało ponownie Ministerstwo Zdrowia jako najwyższy czynnik administracyjny służby zdrowia, którego celem jest zapewnienie opieki zdrowotnej całej ludności państwa. Oparcie się jednak tylko o ustawę z rygorami policyjnymi nie da rękojmi należytego toku prac. Ministerstwo Zdrowia chce aby społeczeństwo zrozumiało znaczenie zdrowia i polityki populacyjnej dla szerokich mas chłopskich i robotniczych. Powstanie Państwowej Rady Zdrowia jest dowodem, że społeczne i doradcze ramię stanęło już do współpracy i że przygotowuje ustawodawcze ramy dla Służby Zdrowia. Naczelnym hasłem naszym jest skupienie wszystkich agend służby zdrowia w jednym ręku i leczenie chorób społecznych na koszt państwa, wreszcie ujednolicenie i uspołecznienie służby zdrowia w Polsce. Ustawę o Publicznej Służbie Zdrowia musimy opracować do 30 grudnia b. r.; wspólny wysiłek rewolucji społecznej winien nas natchnąć do osobistych wysiłków, które muszą przynieść spodziewane owoce.

Przewodniczący Państwowej Rady Zdrowia dr Marcin Kacprzak w swym przemówieniu powitalnym nawiązał do czasów dawnj niepodległości gdy komisja „boni ordinis“ rozpatrywała pierwszy projekt służby zdrowia dla ocalenia życia i zdrowia obywateli. Działanie tej komisji podjęła później w r. 1810 Rada Lekarska a później Rada ogólnopolska. Po 50 latach przerwy powstała ponownie Rada Lekarska Królestwa Polskiego. przekształcona później w Radę Zdrowia. której jesteśmy dziś dalszym ciągiem. Mieliśmy już licznych poprzedników którzy wiele na tym polu zdziałali. Min. Chodźko przy otwarciu pierwszej Rady w r. 1922 powiedział, że ostatnia Rada Lekarska zostawiła spuściznę, która do tej pory nie pokryła się pleśnią. Dziś także przystępujemy do obrad z wiarą w postęp narodu i wartość człowieka. Zarzuciliśmy dawną metodę wybierania członków, ponieważ w obecnym czasie nieskrystalizowania się opinii publicznej wybór mógłby wypaść zupełnie przypadkowo. Wybór został dokonany tylko wśród ludzi nauki, leaderów lekarskich i tylko wartość osobista i społeczne nastawienie decydowały o wyborze. Musimy być szczerymi demokratami, którzy uznają równe szanse dla wszystkich a ściśle związani ze społeczeństwem postawimy dobro społeczne ponad interesem grup do których należymy. Nie chcemy też by dzisiejsza Rada była bezduszną komisją ministerialną lecz przedstawicielstwem świata nauki i praktyków lekarskich. Zwróciliśmy się przede wszystkim do starszego pokolenia zapraszając ich na członków Rady, aczkolwiek młodsi odgrywają w rewolucjach większą rolę, a starsi trudniej adaptują do rewolucyjnego tempa życia. Chcemy tworzyć nowe rzeczy do czego jest potrzebna wiedza i doświadczenie, których nic nie potrafi zastąpić. Zresztą starszy człowiek nie koniecznie musi być „*laudator temporis acti*“. Młodsze pokolenie będzie w stanie pokazać swoje istotne oblicze w najbliższej przyszłości a wtedy skład Rady ustalony na razie na jeden rok zmieni się. Przyszłość należy do młodych, którzy w latach okupacji pokazali, że są pełni szlachetnej ideologii i że dla dobrej sprawy gotowi są oddać wszystko nie wyłączając życia. Obecne pokolenie musi dać Polsce dzielnych ludzi i bohaterów dnia codziennego w Służbie dla Zdrowia narodu. Rada składa się z lekarzy, farmaceutów i pielęgniarek i każdy z członków Rady ma prawo zabrać głos, zarówno w zakresie swego działania jak i co do polityki ogólnej. Narazie większość Rady pochodzi z Warszawy — gdyż są najbliżej dostępni, później będą uwzględnione inne ośrodki i Rada będzie uzupełniona także przedstawicielami lekarzy praktyków z prowincji. Główna praca będzie się odbywać w komisjach, w których będą brali udział nie tylko członkowie Rady. Plenum Rady zbierze się kilka razy do roku jako ciało doradcze i opiniodawcze dla rozpatrzenia spraw przekazanych nam przez sfery kierownicze służby zdrowia; możemy też wykazać i własną inicjatywę. Najważniejszym zagadnieniem to opracowanie ustawy o Publicznej Służbie Zdrowia do 1. XII 45 r., później ustawy o zwalczaniu gruźlicy, o zwalczaniu chorób wenerycznych i innych. Walka o zdrowie narodu musi być postawiona na tym samym poziomie i tak samo respektowana jak inne najważniejsze zagadnienia społeczne. Musimy więc rozporządzać wyrobionymi i uzdolnionymi znawcami tych spraw które należy planować na długo-dystansową metę, musimy wychować mężów stanu zdolnych do prowadzenia polityki zdrowia w skali państwowej.

Min. Chodźko stwierdził, że dwa razy już obca przemoc kładła kres istnieniu Rady Zdrowia. Ze szczególnym wzruszeniem wita i składa życzenia prezesowi naszej najwyższej magistratury zdrowia. Przed Radą otwierają się dziś tak doskonałe perspektywy jakiej jeszcze nigdy w swojej historii nie miała, ponieważ wszyscy uznajemy dziś proponowane przez obecnego prezesa Rady prawo do zdrowia równe z prawem do pracy. Osobiście jest szczęśliwy, że danym mu jest uczestniczyć w tym dziele, które jak to Śniadecki określił „pragnie uczynić człowieka szczęśliwym przy spełnianiu swej pracy“.

Prof. Czubalski oświadczył, że ponowne przywrócenie do życia Rady Zdrowia ma ogromne znaczenie dla zdrowia narodu. Mamy dziś zaledwie połowę lekarzy w porównaniu z rokiem 1939. Szpitale i zakłady lecznicze są zniszczone, war-

sztaty pracy lekarskiej albo nie istnieją, albo jak w Warszawie dużo straciły. Przeżyte ostatnio wypadki wojenne pogorszyły stan zdrowotny narodu tak dalece, że opanowanie tego stanu będzie wymagać dużego napięcia woli, doskonałej organizacji i przemyślenia wszystkich zagadnień zdrowia, ponadto wyzyskania wszystkich wysiłków ludzkich dla osiągnięcia zamierzonego celu. Jednym z naczelnych zagadnień stało się kształcenie lekarzy — ponieważ Ministerstwo Zdrowia dźwiga ciężar zorganizowania służby zdrowia dla całego społeczeństwa, wydziały lekarskie muszą z nim współpracować nie tylko w charakterze wykładowców, lecz w znacznie szerszym zakresie. Formy tej współpracy zostaną w przyszłości bliżej zakreślone i wynikną z dalszych obrad Rady. Wydziały lekarskie pragną przy tym ze strony Ministerstwa Zdrowia zrozumienia dla swych własnych postulatów. Z jednej strony społeczeństwo nie może sobie pozwolić na przedłużanie nauki lekarskiej, z drugiej strony nie może to być połączone ze szkodą dla nauki polskiej i wartości polskiej wiedzy lekarskiej. Należy znowu dążyć do utrzymania właściwego wkładu wiedzy polskiej w międzynarodowy dorobek.

Dr Kacprzak wyjaśnił, że najpilniejszą pracą Rady jest ustawa o publicznej służbie zdrowia, którą musimy przygotować do 1 XII 45 r. Termin ten wydaje mu się krótki, ale musimy zrobić wszystko aby terminu dotrzymać. Proponuje zorganizować pracę w ten sposób by stworzyć komisję główną z siedzibą w Warszawie i kilka podkomisji w Warszawie, Łodzi, Poznaniu i w Krakowie dla przygotowania poszczególnych zagadnień. Dziś dyskusja powinna się toczyć tylko nad sprawą zasadniczą. Oficjalnego projektu ustawy o publicznej służbie zdrowia właściwie nie ma. Jest tylko konspiracyjny projekt dra Kacprzaka w niezmienionej zupełnie formie, prócz tego jest też projekt Izby warszawsko-białostockiej. W przyszłości postaramy się dostarczyć komisji więcej materiału. Pewne punkty podstawowe spotykają się we wszystkich projektych i te pragnie podkreślić, 1) pragnąc by zagadnienia zdrowia były odtąd na wyższym poziomie i odegrały w przyszłości większą rolę niż do tej pory — uważa za konieczne aby w konstytucji polskiej był zamieszczony punkt o zdrowiu jako prawo każdego obywatela do zdrowia. 2) Należy podjąć wszelkie wysiłki aby w Ministerstwie Zdrowia znalazły się również zagadnienia ludnościowe, gdyż na ten temat nikt nie ma więcej od lekarzy do powiedzenia. Gdy doszły go słuchy, że ma być utworzone odrębne ministerstwo dla spraw ludnościowych, zaniepokoił się ,gdyż osobiście uważa to za zagadnienie lekarskie wielkiej wagi. Depopulacja grozi wszystkim kulturalnym narodom, ale nie chodzi tu tylko o ilość lecz także o jakość człowieka. 3) musimy zmierzać do tego, aby wszystkie zagadnienia zdrowia były ześrodkowane w ministerstwie zdrowia gdyż dotąd sprawy zdrowia są rozpatrywane w kilku ministerstwach. Nawet ministerstwo spraw wojskowych winno uzgadniać sprawy zdrowia z ministerstwem zdrowia, a wszystkie inne ministerstwa powinny już dziś oddać je lub podporządkować Ministerstwu Zdrowia. Miejsce konkurencji między lekarzami musi zając współpraca. Jest rzeczą do dyskusji, czy trzeba włączyć leczenie ubezpieczonych do Publicznej służby zdrowia odrazu czy stopniowo, czy lekarz więzienny ma być w Min. Sprawiedliwości czy w Min. Zdrowia, ale zasada, że wszystkie zagadnienia zdrowia mają być ześrodkowane w Min. Zdrowia nie może być naruszana. Jest oczywistym, że administracja służby zdrowia musi być w Min. Zdrowia; wszystko może być tak jak dawniej z tym zastrzeżeniem, że lekarze wojewódzcy i powiatowi pozostaną przy województwie i przy powiecie, jednak nie powinni być podporządkowani administracji ogólnej. Lekarz, który samodzielnie decyduje o zarządzeniach w sprawach fachowych winien jako odpowiedzialny za te zarządzenia sam je podpisywać. W sprawach fachowych lekarz może być odpowiedzialny tylko przed czynnikiem lekarskim. Można utrzymać zasadę jednolitości administracyjnej, ale należy także wprowadzić zasadę jednolitości wykonawczej w Służbie Zdr. Jako higienista rozumie doskonale znaczenie akcji zapobiegawczej, która powinna być na pierwszym miejscu, ale akcja lecznicza tj. zapewnienie opieki lekarskiej w chorobie stała się dziś najpilniejszym zadaniem. Akcję zapobiegawczą trzeba zrozumieć i trzeba do niej dorość, dlatego jest ona późniejszym zagadnieniem. Zagadnienie administracji sanitarnej też było dotąd tak wykonywane, że część lekarzy zajmowała się leczeniem chorych, a lekarze administracyjni zajmowali się śmietnikami, podwórzami i ustępami — co trzeba zmienić. Higiena otoczenia nie musi być wykonywana tylko przez lekarza, jest to dziś dla nas za drogie, wystarczą do tego siły pomocnicze. Wszyscy lekarze muszą dążyć dziś do zapewnienia ludności opieki lekarskiej w chorobie i dlatego odpowiedni ustęp o tym musi się znaleźć w ustawie. Musimy też rozstrzygnąć czy w zasadzie uznajemy powszechną opiekę lekarską za konieczność, czy nie. Pomoc lekarska nie powinna być zależną od zasług, urodzenia, funkcji lecz od potrzeb. Zastanawiając się nad pytaniem, czy plan powszechnej służby Zdrowia może być odrazu zrealizowany dr Kacprzak ma co do tego pewne wątpliwości. W ustawie musimy tylko dać wyraz naszemu nastawieniu wewnętrznemu a upowszechnienie opieki lekarskiej musi być stopniowe i iść w parze z upowszechnieniem środków farmaceutycznych. Natomiast z niesłabnącym uporem powtarza, że pomoc w nagłych wypadkach, opieka lekarska w położnictwie, ostrych i przewlekłych chorobach zakaźnych musi być z punktu widzenia społecznego i humanitarnego bezwzględnie zapewniona wszystkim i to zaraz lub w najbliższej przyszłości. Skoro izolacja chorego ma na celu raczej dobro społeczne a nie indywidualne, przymus leczenia szpitalnego w chorobie zakaźnej nie może obciążać chorego. Dlatego też Min. Zdr. przygotowuje już dziś projekt bezpłatnego leczenia w szpitalu, w chorobach zakaźnych groźnych dla otoczenia. Opieka nad niemowlęciem i nad dzieckiem muszą być też uwzględnione już obecnie. Przyszła powszechna służba zdrowia musi się opierać: 1) na szpitalu jako najwyższej instytucji leczniczej, 2) na Ośrodku Zdrowia, 3) na gabinecie lekarskim.

Ośrodek Zdrowia był pomyślany początkowo jako instytucja przeznaczona do walki z chorobami społecznymi, dziś musi być ona przekształcona w instytucję zarówno zapobiegawczą jak i leczniczą. Ośrodek Zdrowia w mieście będzie leczył gruźlicę, choroby weneryczne i jaglicę oraz będzie działał zapobiegawczo. Na wsi ośrodek zdrowia będzie leczył i zwykłe choroby. Ośrodek Zdrowia to tylko lepiej urządzony i wyposażony gabinet lekarski, który ma do swej dyspozycji personel pomocniczy, laboratorium i lekarzy specjalistów z różnych dziedzin. Gabinet lekarski jest uzupełnieniem działalności Ośrodka. Żaden z projektów nie przewiduje zniesienia prywatnej praktyki lekarskiej, chodzi tylko o zapewnienie ogółowi jak najlepszej pomocy. Jeżeli komuś ogólnie dostępna i dobra pomoc lekarska nie wystarcza, będzie mógł zawsze szukać pomocy tam gdzie chce, my nic nie możemy mieć przeciwko temu. W przyszłości cały kraj będzie usiany ośrodkami zdrowia i wtedy praktyka prywatna będzie niewątpliwie ograniczona, czy umniejszona, na tym jednak sprawa sama zyska a lekarze nie ucierpią. Początkowo należy nałożyć obowiązek na wszystkich lekarzy spełniania pewnych funkcji społecznych. Każdy lekarz musi oddać pewne godziny pracy lecznictwu zorganizowanemu — oczywiście za wynagrodzeniem.

Należy zarzucić jaknajprędzej indywidualną filantropię lekarską, albowiem każdy ma prawo otrzymać pomoc lekarską godziwie opłacaną już to przez instytucję, już to przez samego zainteresowanego. W ustawie musi się znaleźć ustęp o kształceniu lekarzy na wydziałach lekarskich z uwzględnieniem potrzeb służby zdrowia. Osobiście dr Kacprzak jest przeciwnikiem kształcenia 1/2, 1/4 czy 3/4 lekarzy, dlatego nie trzeba studiów zbytnio skracać. Min. Zdrowia musi mieć głos w sprawach kształcenia lekarzy, także dokształcanie lekarzy przez lub pod kontrolą służby zdrowia jest konieczne — ponieważ wielu lekarzy po wyjściu z uniwersytetu nie bardzo się już interesuje nauką. Trzeba więc dążyć do podniesienia poziomu lekarskiego drogą przymusowego dokształcania lekarzy, przy tym jednak należy uwzględnić w miarę możności interes osobisty kształconego i nie dopuścić by on na tym ucierpiał. Lekarze zawsze wykazywali dużo dobrej woli do praktycznego kształcenia się. Wiąże się z tym sprawa prasy lekarskiej i to takiej, którąby lekarze chętnie czytali. Dr Kacprzak jest zwolennikiem kilku pism ogólnych na wysokim poziomie i dostępnych ogółowi lekarzy, niezależnie od pism specjalnych. Zapewnienie lekarzowi tej literatury winno być takim samym obowiązkiem jak urządzenie gabinetu w Ośrodku Zdrowia i zaopatrzenie go w sprzęt i instrumenty lekarskie.

Organizacje zawodowo-lekarskie muszą oczywiście istnieć, zarówno Izby lekarskie jak i Związki Zawodowe Lekarzy, jednak rola ich w dziedzinie polityki zdrowotnej pozostaje jeszcze do omówienia. Zawodowe ośrodki lekarskie dla celów deontologicznych i obrony interesów zawodowych muszą pozostać, jednakże wyrazem państwowej myśli zdrowotnej pozostanie pewno Rada Zdrowia.

Kto będzie za to wszystko płacił? dr Kacprzak jest za związaniem służby zdrowia z samorządem, pod kontrolą i kierunkiem państwowym. Nie jest to dziś łatwe, gdyż znajdujemy się w okresie przejściowym. Ustawa musi wy-

powiedzieć się za czym jesteśmy czy za rządowym, samorządowym, czy ubezpieczeniowym wyjściem z tej sytuacji (tj. za sposobem zorganizowanej pomocy w chorobie).

Prof. Szenajch zgadza się najzupełniej co do zjednoczenia wszystkich agend zdrowia w Min. Zdrowia. Podobnie ochrona macierzyństwa i opieka nad dzieckiem muszą znaleźć się tylko w Min. Zdrowia. Izby lekarskie winny pozostać jako głos samorządu lekarskiego, a projekty ustaw winny przechodzić nie tylko przez Radę Zdrowia lecz także przez głos, który pochodzi z Izb Lekarskich, w drodze przez Naczelną Izbę Lekarską. Ośrodki Zdrowia dawały dotąd tylko nauki — odtąd mają działać, a skoro będą działać — muszą być także włączone do programu kształcenia lekarzy. Ośrodek Opieki nad dzieckiem powinien znajdować się przy każdej Klinice pediatrycznej, gdyż wówczas medycy będą mieli sposobność zapoznać się z jego działaniem i wówczas medycyna społeczna wejdzie im w krew. Wciągnięcie do służby zdrowia wszystkich lekarzy musi być inaczej zrobione na wsi, a inaczej w miastach. Dokształcanie lekarzy powinno pozostać w rękach samych lekarzy, mianowicie w rękach Izby Lekarskiej.

Doc. Kapuściński podziela zdanie dra Kacprzaka, że zadania służby zdrowia muszą być zrealizowane w ciągu jednego pokolenia. Osobiście jest przeciwnikiem wykonywania Publ. Sł. Zdr. przez państwo, które zawsze ma skłonność do biurokratyzmu. Także samorządy terytorialne nie dojrzały finansowo do tego by mogły podołać zadaniom finansowym Sł. Zdrowia. Wypowiada się więc za samorządem zdrowia, podobnie jak np. organizacje Związków Zawodowych, lub ubezpieczenia chorobowe. Należałoby z ubezpieczenia społecznego wyodrębnić organizację lecznictwa i rozszerzyć ją na coraz większy zakres ludności z zachowaniem samorządu zdrowia.

Dr Gangel oświadczył, że powstanie Rady Zdrowia zostanie z radością powitane przez lekarzy, gdyż dowodzi, że Min. Zdrowia chce prowadzić jednolitą politykę zdrowotną. Program, który dziś mamy w ręce jest tak olbrzymi, że trudno będzie te tematy wyczerpać. W konstytucji sowiec. znajduje się ustęp o tym, że każdy obywatel ma prawo do bezpłatnego leczenia. W państwie polskim, zasadniczo państwie robotniczo-włościańskim powinien taki ustęp także się znaleźć. Nie mamy jednak dostatecznego materiału lekarskiego do tego i realnie myśląc możemy tylko etapami przystąpić do zrealizowania naszych zamierzeń. Byłoby racjonalnym gdyby Rada Zdrowia rozstrzygnęła w jaki sposób najszybciej można dokształcić personel lekarski i personel pomocniczy i czy studia lekarskie mają trwać tak długo jak dotąd czy też należy je zmienić. Osobiście jest za tym by zcentralizować wydziały lekarskie w Min. Zdrowia — ponieważ chodzi o to aby lekarzy było więcej; jest przeciwnikiem lekarzy niedokształconych, uważa jednak, że wydziały lekarskie muszą prędzej pracować. Realnym i aktualnym postulatem w obecnej chwili jest opieka lekarska dla pracującej ludności miast i wsi. W miastach działają już Ubezpieczalnie, samorząd, kolej, wieś natomiast leży do dnia dzisiejszego odłogiem. Min. Zdrowia musi przede wszystkim zrealizować lecznictwo mas chłopskich. Ustawa o służbie zdrowia może być również złożona z poszczególnych cegiełek jak np. opieka lekarska dla wsi, pomoc w nagłych wypadkach i położnictwie, reforma studiów lekarskich, szkolenie średniego personelu lekarskiego itp. Na czas dokształcania lekarza ustawa musi gwarantować utrzymanie lekarza. Do dziś nie ma jeszcze ustawy o przymusowym leczeniu chorób zakaźnych w szpitalu, a walka z epidemiami w państwie musi być już od zaraz prowadzona. Lekarze pracują dziś już w kilku instytucjach, jednak obowiązki swe muszą wykonywać i nie uprawiać tandety lekarskiej.

Min. Litwin sądzi, że zespolenie wszystkich agend w Min. Zdrowia łącznie ze sprawami populacyjnymi jest słusznym podobnie jak zachowanie administracji o charakterze sanitarno-policyjnym. Nie tylko pracownik najemny lecz i chłop musi mieć zapewnioną opiekę lekarską — ponieważ leczenie w Ubezpieczalniach Społecznych nie było związane organicznie z leczeniem szpitalnym musi być jako fragmentaryczne zreformowane. Podstawą dla Sł. Zdrowia mogą być tylko samorządy terytorialne, które już stworzyły własne szpitalnictwo. Zasadniczo samorząd musi pokrywać wydatki, a tam gdzie nie może, państwo winno mu pomóc. Ośrodki Zdrowia winny być ściśle złączone z leczeniem szpitalnym. Chałupnicza pomoc lekarska jest z natury rzeczy mniej wydajną od pomocy lekarskiej w dobrze zorganizowanych warsztatach pracy. Zasada równych szans dla wszystkich winna obowiązywać także lekarzy. Lekarz może wybrać sobie pracę w terenie, a po 3 do 4 latach, gdy państwo da mu możność specjalizacji może wrócić z powrotem, jednak już na wyższy poziom z możliwością awansu.

Prof. Walter podniósł, że praca lekarza jest zaszczytem i spełnieniem naszych pragnień, większym jeszcze zaszczytem jest sposobność brania udziału w wytyczeniu na przyszłość drogi dla Sł. Zdrowia. Słusznie pan Minister pragnie złączenia w Min. Zdrowia polityki populacyjnej, budując bowiem przyszłe pokolenia musimy w pierwszym rzędzie uwzględnić opiekę nad dzieckiem. Opieka lekarska na wsi jest konieczną, wieś jednak nie chce mieć u siebie lekarza lichego, lecz wartościowego. Koniecznym więc jest planowe rozsiedlanie lekarzy i oddanie przez każdego z nas części jego czasu na pracę społeczną. Lekarze niewątpliwie dorośli do oczekujących ich zagadnień, jednak uniwersytety muszą stale dokształcać lekarzy, by mogli na wsi i w mieście pracować owocnie. Prof. Walter jest przeciwnikiem odłączenia wydziałów lekarskich od Min. Oświaty — powinna być wprowadzona tylko pewna łączność, wpływy i sugestie Min. Zdrowia na Min. Oświaty. Jest również za zachowaniem i poparciem pism lekarskich regionalnych, w końcu oświadcza, że jeżeli państwo bierze na siebie to wielkie zadanie zorganizowania publicznej służby zdrowia to musi również wziąść na siebie odpowiedzialność za koszta tego przedsięwzięcia.

Prof. Hirschfeld stwierdził, że uniwersytety do tej pory szkoliły tylko lekarzy szpitalnych i ambulatoryjnych; jeżeli chodzi o zadania sanitarne to powinien także powstać instytut dla higieny sanitarnej dla nauczania higieny. Aby zapobiec wtórnemu analfabetyzmowi powinniśmy dostarczyć studentom książek na kartki bez prawa sprzedaży tej książki.

Prof. Szymanowski sądzi, że należy wprowadzić przymus objęcia wolnej posady, ponieważ nakazem chwili jest planowa gospodarka lekarzami. Przyspieszenie kształcenia lekarzy jest kwestią tylko pieniędzy. Ponieważ ubezpieczenie społeczne jest tylko formą oszczędności na cele leczenia, należy oddzielić ubezpieczenie chorobowe od lecznictwa społecznego. Należy też w większym niż dotąd stopniu wprowadzić w każdym Ośrodku Zdrowia propagandę higieny dla wzbudzenia zainteresowania zagadnieniem zdrowia u całej ludności.

Doc. dr Nowicki podnosi, że organizacja szpitalnictwa może wtedy być sprawną, jeżeli zniknie jej dotychczasowa wielotorowość, a wszelkie szpitale zostaną poddane kierownictwu Min. Zdrowia.

Dla zorganizowania publicznych szpitali będzie podstawą szpital powiatowy, który jednakże nie powinien być uzależniony gospodarczo ani administracyjnie od powiatu. Budżet swój zaspakajałby z funduszów ogólnopaństwowych, lub ubezpieczeniowych, a administracyjnie podlegałby Woj. Urzędowi Zdrowia. Następny stopień szpitalnictwa ma tworzyć szpital wojewódzki jako uzupełnienie powiatowego i jako szpital szkolny dla lekarzy, pielęgniarek i położnych.

Celem utrzymania należytego poziomu wiedzy lekarskiej oraz właściwego wyboru ordynatorów zaleca doc. Nowicki, określone szkolenie lekarzy w klinikach i w większych szpitalach, a następnie egzaminy, celem uzyskania stopnia szpitalnego chirurga, internisty itd. Tylko na podstawie tego stopnia można by się starać o stanowisko ordynatora. Ten system daje oddawna doskonałe wyniki na zachodzie, a zwłaszcza we Francji.

Dr Borusiewicz sądzi, że uniwersytety szkolą medyków a szpitale specjalizują lekarzy, dlatego też jest konieczną ustawa o specjalizacji, która dotąd nie wyszła. Zarówno państwo jak i samorząd muszą wspólnie partycypować w kosztach Sł. Zdrowia.

Dyr. Grynberg stwierdza, że najważniejszym zadaniem Państwowej Sł. Zdrowia jest przygotowanie ramowego planu ustawy o publicznej służbie Zdr. Dotychczasowe ustawy nie uwzględniają przeżytej przez nas ostatnio rewolucji i wywłaszczenia kapitału na rzecz państwa, które musi wszędzie a więc i na odcinku zdrowia odtąd planowo gospodarzyć. Min. Zdrowia chce mieć wpływ na kształtowanie się kadr lekarskich, które chce planowo później zużyć. Nie dążymy do przeniesienia Ubezpieczalń Społecznych do Min. Zdrowia, dążymy tylko do pewnej kontroli form organizacyjnych wszystkich komórek zajmujących się zdrowiem. (Dążeniem naszym jest powszechność opieki lekarskiej, nie możemy jednak jej już dziś wprowadzić. Dr Grynberg spodziewa się, że komisja ekonomiczna w Min. Zdrowia przyjdzie z pomocą przy omawianiu kwestji finansowej Publicznej służby zdrowia.

Dr Ciećkiewicz nawiązał do oświadczenia prof. Waltera który obiecał, że uniwersytety wychowają lekarzy z przygotowaniem do pracy społecznej i stwierdził, że medycyna społeczna jest dotąd zagadnieniem, które nie weszło w program kształ-

cenia lekarzy na żadnym z wydziałów lekarskich. Jest ona zagadnieniem z którym żaden medyk nie może zapoznać się w czasie studiów, nic więc dziwnego, że młody lekarz nastawiony na pracę lekarską dla zdobycia podstaw egzystencji zwraca się przede wszystkim ku praktyce lekarskiej a nie ku pracy społeczno-lekarskiej. Już w 1938 roku miały powstać lektoraty medycyny społecznej a w roku 1939 szereg osób otrzymało stypendia na ten cel, sprawa ta jednak uległa zapomnieniu ze szkodą dla młodego pokolenia lekarzy, którzy nie myśląc o roli społecznej przeżywają w zetknięciu się z pracą lekarsko-społeczną nieznaną im i obcą pewien wstrząs. Zwraca się więc do Ministra Zdrowia z prośbą aby Min. Oświaty wprowadziło już w obecnym roku szkolnym do programu kształcenia medyków medycynę społeczną tj. ustawowe podstawy publicznej służby zdrowia, organizację zbiorowego lecznictwa w Ubezpieczalniach i w Ośrodkach Zdrowia oraz walkę z chorobami społecznymi. Terenowe Rady Zdrowia wyobraża sobie jako komisje zdrowia samorządu terytorialnego a nie jako instytucje specjalne. W końcu zastanawiając się nad tym, czy państwo jest zdolne do poniesienia kosztów powszechnej opieki lekarskiej stwierdza, że właściwie jest to dla nas obojętne czy koszta te ponosić będzie państwo, samorząd, czy ubezpieczenia, ponieważ ostatecznie zapłaci za to obywatel. Ponieważ najprostszym wyjściem jest uzyskanie potrzebnych kwot drogą powszechnego ubezpieczenia — sądzi, że tylko przyjęcie tej formy może zapewnić Powszechną służbę zdrowia z tym, że fundusze pozostawać będą pod zarządem Min. Zdrowia do którego wszyscy mamy w tej mierze zaufanie.

Dr Kacprzak proponuje wybór komisji, która będzie urzędować w Warszawie, oraz podkomisji:

I. dla spraw administracji sanitarnej — przewodniczącym wybrano dra Rutkiewicza, członkami Min. Chodźkę, dra Łąckiego, doc. Morzyckiego, prof. Przesmyskiego, dra Rostkowskiego, Nacz. Prökla i dra Siankę.

II. studiów lekarskich — przewodniczący dr prof. Różycki w Poznaniu — członkowie, prof. Czubalski, prof. Grzybowski, prof. Hirschfeld, prof. Grzegorzewski, dr Morzycki.

III. dla doszkalania—przew. prof. Semerau-Siemianiowski członkowie, prof. Przesmycki, prof. Jakubowski, prof. Szymanowski.

IV. ubezpieczeń i powiązania lecznictwa zorganizowanego ze Sł. Zdrowia — przew. dr Ciećkiewicz, członkowie, prof. Walter, doc. Nowicki, dyr. Grynberg, doc. Kapuściński, Mgr Rdzanek.

V. organizacji zawodowych — przew. prof. Szenajch, członkowie, dr. Ujejski, dr Ciećkiewicz, dr. Borusiewicz, dr Stępniewski, dyr. Pilczuk i dr Traczyk.

VI. lecznictwo szpitalne, ośrodki zdrowia, rozsiedlanie lekarzy — przew. prof. Czarnocki, dr Gangel, dr Lenk, doc. Nowicki i dr Butkiewicz.

VII. Podkomisja dla spraw farmaceutycznych — Mgr Biele, czł., dr Szyszko, dr Dankowski, dr Troszczyński.

VIII. dla spraw stomatologii — przew. dr Ujejski, dr Orłowski, dr Leńczak, dr Bermanowa, dr Borusiewicz i dr Saradin.

IX. dla spraw pielęgniarstwa i personelu pomocniczego — przew. dr Łącki, członkowie, p. Lankajtes, Romanowska, dr Kroszczyński.

Każdy z członków Rady może wziąść udział w tej komisji która go interesuje w porozumieniu z przewodniczącym i drem Kacprzakiem. Komisję główną utworzą przewodniczący wszystkich komisji. Prezes dr Kacprzak pragnie wiedzieć co się dzieje w podkomisji, prosi o komunikowanie się z nim i prosi o protokuły z posiedzeń.

Podkomisje muszą w ciągu miesiąca ukończyć swe prace, dalszy miesiąc jest zarezerwowany dla komisji głównej. W wolnych wnioskach poruszył prof. Różycki sprawę dyplomu lekarzy, którzy otrzymali prawo praktyki lekarskiej za okupanta. Ponadto należy znormalizować wytyczne dla uzyskania tytułu lekarza i doktora. Dr Łuniewicz poruszył sprawę łóżek psychiatrycznych i zagadnienie higieny psychicznej. W końcowym przemówieniu stwierdził min. Litwin z przyjemnością, że zarówno referaty jak i dyskusja stały na wysokim poziomie i, że ci którzy mają zorganizować Sł. Zdrowia w Polsce posiadają nie tylko dokładną znajomość tematu ale i należyte zrozumienie dla znaczenia Organizacji Służby Zdrowia w Polsce.

Dr M. Ciećkiewicz

Z KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA MIŁOŚNIKÓW HISTORII MEDYCYNY

Dnia 16 grudnia 1945 odbyło się 28-e posiedzenie naukowe Towarzystwa na którym prof. dr Władysław Szumowski wygłosił odczyt pt. „O eunuchach i kastracji w różnych krajach i czasach."

Eunuchami, czyli rzezańcami, nazywamy mężczyzn, pozbawionych zewnętrznych narządów płciowych bez względu na to, czy brak ów dotyczy tak jąder, jak i prącia, czy też tylko jąder. Już Rzymianie w ten sposób odróżniali eunuchów zupełnych i eunuchów niezupełnych, czyli *spadones*, którzy nieraz byli czynnikami rozpusty, zachowując *facultatem coëundi*, choć zapłodnić nie mogli.

Początki kastracji toną w zamierzchłej przeszłości i nie wiadomo, co było wcześniejsze, trzebienie zwierząt, czy trzebienie mężczyzn. Herodot opowiada, że eunuchism był wynalazkiem asyryjskim. Inni historycy wymieniają na wpół legendarną królowę Semiramidę, która po śmierci męża miała pierwsza otoczyć się eunuchami.

Obcinanie członków męskich w starożytności niekiedy odbywało się po wygranej bitwie: obcinano zwycięzonym żołnierzom prawe ręce i *genitalia*. Prącie występowało tutaj niejako jakby symbol siły i odwagi, podobnie jak prawa ręka. Mężczyzna, pozbawiony części płciowych, stawał się niewolnikiem, oczywiście, o ile rana szczęśliwie się zagoiła. Przed wojną włosko-abisyńską podobno to samo robili Abisyńczycy z Włochami, wziętymi do niewoli.

Obcinanie członka męskiego było niekiedy praktykowane w religiach wschodnich wśród kapłanów, obsługujących pewne bóstwa. Prącie występuje tutaj jako czynnik pokusy i grzechu, którego chce się pozbyć sługa bogów, stróż przykazań. Bóstwem takim była zwłaszcza Cybela, której kapłani byli eunuchami.

Ideologia autokastracji szła ze wschodu na zachód. Eunuchem był cesarz Heliogabal, ojciec kościoła Orygenes, nakazywała kastrację sekta walezjanów, potępiona przez sobór nicejski. Ale nawet niektórzy patriarchowie bywali eunuchami; eunuchem był św. Gorgoniusz.

W przeciwieństwie do kościoła rzymskiego w kościele wschodnim było dużo rzezańców. Ze średniowiecznej ideologii biczowników w Rosji wyłoniła się sekta skopców, której przewodził chłop prawosławny Seliwanow. Należeli do niej przeważnie chłopi, zarówno mężczyzni, jak i kobiety. Z Rosji rozprzestrzeniła się ona na Rumunię, gdzie z jej członkami w czasie pierwszej wojny światowej zetknął się lekarz niemiecki Walter Koch. Mężczyzni tej sekty, nierzadko w młodości żonaci i dzietni, pozbawieni później jąder i prącia, czyli oznaczeni „pieczęcią wielką albo cesarską", lub tylko jąder a więc „pieczęcią małą", oraz kobiety o okaleczonych piersiach i częściach płciowych na ogół chlubili się przed Kochem swoim stanem i swoją moralnością.

W Europie kastracja nigdzie nie była miejscowym zwyczajem. Prawo Justyniana groziło za nią surowymi karami; kościół ją potępił; prawo mojżeszowe, później koran czyniły to samo. A jednak

w świece muzułmańskim eunuchów wszędzie było dużo. W czasie wojen krzyżowych w Jerozolimie narachowano ich 20.000.

Eunuchów, za których płacono wysokie ceny, fabrykowano na drodze występnej; najwięcej w górnym Egipcie i w koptyjskich klasztorach. Śmiertelność była duża. Eunuch zupełny musiał nieraz chodzić całe życie ze specjalną zatyczką w cewce moczowej wskutek nietrzymania moczu.

Zapotrzebowanie na rzezańców na wschodzie było zawsze duże. Od najdawniejszych czasów otaczali się eunuchami władcy i dwory wschodnie. W Turcji jeszcze w XX wieku było zwyczajem każdego lepszego domu mieć na służbie przynajmniej jednego rzezańca.

Kastrację wykonywali nieraz także sami lekarze i chirurdzy, ponieważ średniowieczna medycyna aż do XVIII wieku usiłowała usuwaniem jąder leczyć różne choroby, jak trąd, podagrę, epilepsję, choroby umysłowe. Mężczyzna stawał się eunuchem także nieraz po operacji przepukliny, której nie umiano dawniej wykonać bez usuwania jąder.

Na zachodzie szczególnego znaczenia nabrał eunuchism w wiekach XVI—XIX w Rzymie w związku z organizacją wokalno-artystyczną chóru w kaplicy sykstyńskiej, w której długi czas na 32 śpiewaków było 8 rzezańców. Zachowując swój glos chłopięcy, śpiewali oni partie sopranowe lub altowe, głosem niezwykle pięknym, czystym, donośnym. Jeszcze większego znaczenia nabrali rzezańcy w tym samym czasie w operze. We Włoszech istniały całe szkoły, w których kastrowano, a później uczono śpiewu. To się skończyło dopiero za papieża Leona XIII, który zabronił przyjmowania rzezańców do chóru papieskiego.

Następstwa kastracji odbijają się zarówno na sferze fizycznej, jak i psychicznej. Mała głowa na drobnym tułowiu o silnie wydłużonych kończynach, zwiększony egoizm, ambicja, przy nienaruszonej inteligencji są charakterystycznymi cechami eunucha.

Rzecz cała w obszerniejszym opracowaniu z ilustracjami ukaże się niebawem w wydaniu książkowym.

Dr med. Z. Kukulski
sekretarz

Z IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

KOMUNIKAT

Izba Skarbowa w Rzeszowie reskryptem z dnia 21 grudnia 1945 r. Nr W. II. (5)—225)45 podaje do wiadomości, że Ministerstwo Skarbu na podstawie art. 123 ... 2 Ordynacji Podatkowej (Dz. U. R. P. Nr 14. poz. 134. z 1936 r.) umorzyła należności pochodzące z wymiarów 100% dodatku wojennego do podatku obrotowego za lata podatkowe 1943 i 1944 oraz 50% dodatku wojennego do podatku dochodowego za lata podatkowe 1944 i 1945, (kalendarzowe 1943 i 1944) w stosunku do wszystkich podatników z terenu powiatu jasielskiego.

Sekretarz
(Dr M. Ciećkiewicz)

POSZUKIWANIA ZAGINIONYCH

Na ręce Zarządu Izby Lekarskiej wpłynęła depesza następującej treści:

„Rio de Janeiro 11 19 1534
Dr Zofia Wepper, lekarka Kraków Poland.
Desespere attends tes nouvelles — Drawer".

Ponieważ adresatka dr Wepper nie jest u nas rejestrowana, prosimy lekarzy znających jej miejsce pobytu o zakomunikowanie jej treści powyższego telegramu.

Zarząd

Sekretarz (Dr M. Ciećkiewicz)

Prezes (Dr J. Gołąb)

ZE ZWIĄZKU LEKARZY P. P.

SPRAWOZDANIE SEKCJI SAMOPOMOCY LEKARSKIEJ Z DN. 8/1 1946 r.

1. Zbiórka, przeprowadzona w miesiącu listopadzie dała zł 26,720.—, w grudniu — zł 24,800.—. Łącznie z kwotą, uzyskaną z datków jednorazowych w październiku stanowi to zł 93.310.—.

Z darów płynęło: od dra J. Szubargi — zł 100.—, dra R. Białasa — zł 500.—.

2. W tej chwili jest w ewidencji Sekcji 157 podopiecznych, w tym lekarzy 37, 98 żon i wdów po lekarzach, dzieci poniżej lat 16 — 22.

3. Sekcja wydała po dziś dzień zł 68.019. Kwota ta została zużyta na zasiłki jednorazowe, z których najwyższą, tj. po zł 1000.— otrzymali lekarze repatrjanci lub ciężko chorzy, na stałe zasiłki miesięczne (najwyższy zł 700.—) i na gwiazdkę dla dzieci — zł 4.600, licząc po zł 200.— na dziecko.

4. Dzięki życzliwemu stanowisku pana wiceministra Opieki Społecznej ob. F. Mantla, Sekcja uzyskała dla podopiecznych w Wydziale Wojew. Opieki Społecznej (ob. Leszczyński i Medwecki) odzież, obliczoną na mniej więcej 180 osób. Pewna część tej odzieży, niestety, nie nadawała się do użytku, znaczna część jednak po doprowadzeniu do porządku, przydała się do wypełnienia olbrzymich luk w garderobie podopiecznych.

Dzięki pełnemu zrozumienia stanowisku pana wiceministra Mantla otrzymała Sekcja 60 koców i jest w trakcie przydzielania ich. W pierwszym rzędzie zaopatruje się w koce tych podopiecznych, którzy znajdują się w schroniskach, w drugim — wysiedlonych, w trzecim matki, obarczone dziećmi. Mamy nadzieję iż Pan Wiceminister spowoduje zaopatrzenie podopiecznych także w bieliznę i obuwie.

5. Dostarczanie leków funkcjonuje nienagannie, za co jeszcze raz dziękujemy Czerwonemu Krzyżowi.

6. Coraz częściej Sekcja zdobywa dla swych podopiecznych pracę.

7. Naczelna Izba Lekarska przysłała zł 10.000 na zapomogi dla lekarzy, względnie żon, względnie wdów po lekarzach — członkach Izby Lekarskiej Lwowskiej i Wileńskiej. Sekcja jednakowoż musiała obrócić na ten cel do tej pory zł 13.850. Skutkiem tego podjęto starania o dalsze fundusze z Naczelnej Izby Lekarskiej.

WOLNE PLACÓWKI

Po porozumieniu z Wojewódzkim Wydziałem Zdrowia we Wrocławiu Zarząd Obwodu Związku Lekarzy P. P. w Lignicy zgłasza wolną placówkę dla lekarza-laryngologa w Lignicy.

Po osiedleniu się w Lignicy ma on zapewniony etat lekarza-specjalisty w tutejszej Ubezpieczalni Społecznej, stanowisko lekarza konsultanta w zakresie laryngologii na oddziałach szpitali w Lignicy, oraz według wszelkiego prawdopodobieństwa dobrą i liczną praktykę prywatną ze względu na brak lekarza-laryngologa na dużej przestrzeni.

Sprawa jest bardzo pilna, gdyż dotkliwie daje się we znaki brak specjalisty w tej dziedzinie na terenie Lignicy.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

Miejski Urząd Zdrowia w Nysie Z. VII 2/173 L. dz. 2376/45 do Polskiego Związku Zachodniego Wojewódzki Zarząd Okręgowy w Krakowie

W odpowiedzi na pismo L. 611/45 Społ. uprzejmie donosimy. Miasto Nysa jest bardzo zniszczone, prawie w 80 do 85%. Samo miasto właściwe więc rynek i dzielnice główne są wypalone. Przedmieścia i dzielnice willowe utrzymane. Szpital miejski utrzymany, jednak instrumentarium chirurgiczne, ginekologiczno-położnicze, wszystkie aparaty do fizykoterapii, mikroskopy wywiezione przez Niemców.

Pościel, bielizna częściowo uzupełnione. Szpital o ile chodzi o oddział wewnętrzny, położniczy, salę chirurgii i oddział zakaźny jest czynny. Dotąd nie było apteki, wszystkie bowiem apteki z czasów niemieckich uległy w czasie działań wojennych spaleniu. Obecnie organizujemy aptekę. Będzie ona czynna prawdopodobnie od połowy listopada.

Obecnie zupełny brak leków. Dysponuje resztką zapasów lekarstw najbardziej potrzebnych. Zapasy te wystarczą na czas około 2 tygodni. Leki zamówione spodziewane za dwa tygodnie.

Wobec dużego zniszczenia miasta o mieszkania trudno, biorąc pod uwagę iż wszystkie centralne urzędy dla powiatu nyskiego usadowiły się w Nysie i zajęły wszystkie budynki nadające się na zamieszkanie i biura. Ludności jest obecnie w mieście Nysie około 10.000 w tym niemców około 7.000. Warunki wyżywienia trudne.

Lekarzy obecnie jest 2 polaków i 2 niemców. Potrzebujemy koniecznie 1 chirurga na stanowisko ordynatora szpitala miejskiego w Nysie, 1 ginekologa i położnika na stanowisko ordynatora tego szpitala, ponadto potrzebujemy 1 okulisty i rentgenologa.

Nie możemy obiecywać mieszkania luksusowego ale dla lekarzy j. w. mieszkanie musi się znaleźć. Wyposażenia gabinetów lekarskich niestety nie ma, jeżeli chodzi o komplety. Pojedyncze części urządzenia można by jeszcze zestawić. Aparat roentgenowski w szpitalu dla celów diagnostycznych i terapeutycznych nowożytny, pierwszorzędny. Brak w rozdzielnicy ampero- i woltomierza, co można będzie uzupełnić. Ponadto mamy do dyspozycji roentgena dla ośrodka zdrowia. Aparat ten przy pomocy roentgenologa można będzie zmontować.

Tak chirurg jak ginekolog i roentgenolog znajdą tutaj utrzymanie i pracy będą mieć dość mając oparcie o szpital i kasę chorych, nie mówiąc o praktyce prywatnej.

Sprawa wyżywienia jeśli chodzi o lekarzy nie będzie moim zdaniem napotykać na specjalne trudności, lekarz bowiem znajdzie kontakt ze wsią. Same przydziały żywnościowe są skąpe i opóźnione. Stołówka jest miejska i starościńska. Sklepy żywnościowe są i obecnie wszelkie produkty żywnościowe można kupić.

Proszę, o ile są lekarze reflektujący na stanowiska wyżej wymienione, o podanie na mój adres ich nazwisk, kwalifikacji, miejsca zamieszkania, a ja będę mógł odwrotnie odpowiedzieć i udzielić dalszych wyczerpujących wyjaśnień. Ponieważ zapotrzebowanie na lekarzy j. w. zgłoszono do Izby Lekarskiej Katowickiej i stanowisko odp. może być w międzyczasie obsadzone przez Izbę lekarską Katowicką, uważam przyjazd kandydatów do Nysy za niekonieczny. Bardziej wskazane porozumienie się listowne wzgl. telefoniczne.

Co do lekarzy dentystów, to w mieście Nysie mamy obecnie lek. dentystkę i technika dentystycznego. Dla tych dwojga wyposażenie w gabinet i urządzenie jest. Dla dalszych lekarzy dentystów wzgl. techników dentystycznych ani mieszkaniami ani urządzeniami gabinetu nie dysponujemy. O ileby lekarz dentysta chciał się osiedlić mając własne urządzenie, byłby on oczywiście mile widziany i zajęcie znajdzie na pewno.

Apteka jedna jak wyżej wspomniałem jest w stadium organizacji. Druga apteka obecnie nie ma racji bytu i rozwoju. Aptekę organizują dwie farmaceutki (mgr farm.) wyznaczone przez Urząd Zdrowia inspektora farm. Województwa śląsko-dąbrowskiego. W szpitalu miejskim mamy obecnie personel pielęgniarski zakonny, ten który był za czasów niemieckich. Spośród tegoż personelu około 10 sióstr uzyskało obywatelstwo polskie. Te więc siostry w każdym razie zostają. Uzupełnienie naszym zdaniem może nastąpić tylko drogą dobrania sióstr z tegoż zakonu, ale polskich. Do szpitala potrzebny sanitariusz z X gr. uposażenia; wikt i mieszkanie. Do Ośrodka Zdrowia potrzeba kilku (3—4) kwalifikowanych pielęgniarek z ukończoną szkołą uniwersytecką pielęgniarek. Wynagrodzenie według IX—X gr. uposaż. pracowników samorządowych i państwowych.

Akuszerka polska jest jedna. Do miasta potrzeba jeszcze 1—2 akuszerek do wykonywania wolnej prywatnej praktyki.

Do miejskiego Urzędu Zdrowia potrzeba 1 kontrolera sanitarnego. Warunki do omówienia.

Mieszkań urządzonych dla pracowników służby zdrowia nie posiadamy. Aprowizacja na warunkach jak w całej Polsce; przydziały zależne od rodzaju pracy.

Kierownik Miejskiego Urzędu Zdrowia
Dr Edward Mróz

Pełnomocnik Rządu R. P. na Okręg XXXV Zgorzelice
Powiatowy Wydział Zdrowia Nr Zdr. 6/103

Zgorzelice, dn. 15 X 1945 r.

Do Polskiego Związku Zachodniego Wojewódzki Zarząd Okręgowy w Krakowie

W odpowiedzi na pismo L. 611/45 Społ. z dn. 5 IX 45 podaje co następuje:

W tutejszym powiecie są potrzebni lekarze zarówno zajmujący się wolną praktyką jak i pracujący w szpitalu. Do szpitala potrzebny jest chirurg-ginekolog (VI gr. płatnicza i przydziały żywnościowe). W Peczku oraz w Bogatyniu brak w ogóle lekarzy Polaków, jest tylko po jednym lekarzu Niemcu. W szczególności brak w powiecie lekarza okulisty. W mieście i powiecie potrzeba jeszcze 4 lekarzy-dentystów oraz 3 techników dentystycznych. Dla 2 lekarzy-dentystów są meble dentystyczne. Aparatu rentgenowskiego brak w powiecie. Do objęcia jest tylko 1 apteka w szpitalu. Prócz tego winna być uruchomiona apteka w Peczku. Do szpitala potrzeba pielęgniarek oraz w ogóle personelu szpitalnego. W szczególności potrzeba 12 pielęgniarek, 2 sanitariuszy, intendenta, magazyniera. Do powiatu potrzebne są 4 akuszerki, 4 dezynfektorów, 4 kontrolerów sanitarnych. Wszyscy osiedlający się w mieście lub w powiecie otrzymują przydziałowe mieszkania (według własnego wyboru) umeblo-

wane. Mebli i narzędzi lekarskich brak. Warunki pracy w instytucjach wg norm przewidzianych przez Ministerstwo Zdrowia. Warunki aprowizacyjne dostateczne.

(Podpis nieczytelny)

Pełnomocnik Rządu R. P. Obwód XVIII w Wołowie Nr 15/45 Og. Sprawa zorganizowania planowego przesiedlenia pracowników służby zdrowia na nowo uzyskane ziemie zachodnie

Wołów, dnia 15 października 1945 r.

Do Polskiego Związku Zachodniego Wojewódzki Zarząd Okręgowy Kraków

Na pismo L. 611/45 Społ. z dnia 5 IX 45 zawiadamiam, że w tut. powiecie potrzeba:

1) 2-ch lekarzy wolno praktykujących — jeden lekarz medycyny (? Red.) i jeden lekarz chirurg i to w miejscowościach Wołów i Seinawa.

Lokale ordynacyjne zapewnione, lecz bez odpowiedniego urządzenia i instrumentów.

2) 2-ch lekarzy dentystów wzgl. techników dentystycznych w m. Wołów i Seinawa.

Lokale na gabinet dent. zapewnione, bez urządzenia, instrumentów i aparatów.

3) Apteki niema. Lokale na urządzenia apteki są w m. Wołowie i Seinawa, lecz bez urządzenia i towaru.

4) 3 pielęgniarki dla szpitala Powiatowego w Wołowie i

5) 2 akuszerki na Wołów i Seinawę.

Mieszkania i urządzenia domowe zapewnione. Warunki aprowizacyjne — stołówki. Oprócz tego przydział art. żywnościowych reglamentacyjnych.

Pełnomocnik Rządu R. P.
Obwód XVIII w Wołowie
(Podpis nieczytelny)

Pełnomocnik Rządu R. P. na Obw. Nr 36 w Bolesławcu Kierownik Pracy i Op. Społ. do L. dz. 46/45 op. Zorganizowanie przesiedlenia służby zdrowia na nowo uzyskane ziemie zachodnie

Bolesławiec, dnia 5 XI 1945 r.

Do Polskiego Związku Zachodniego Wojewódzki Zarząd Okręgowy w Krakowie

Stosownie do tamt. pisma z dnia 5 września 1945 r. L. dz. 611/45 Społ. komunikuje co następuje:

1) W mieście Bolesławcu jest 3-ch lekarzy obcokrajowców (1 holenderczyk, 1 belgijczyk i 1 niemka), ludzi jeszcze młodych i bez wymaganej praktyki lekarskiej. Wskazanym byłoby nadesłać dwóch lekarzy wolno praktykujących, z których jeden osiedliłby się w Bolesławcu drugi zaś w Nowimburgu.

Pożądani specjaliści: chorób wewnętrznych i chirurgii.

2) Lokale po b. lekarzach niemieckich są kompletnie splądrowane a więc lokale są, lecz urządzeń ani instrumentów nie ma.

3) Wszelkie aparaty rentgena i inne, o ile nie zostały wywiezione, kompletnie zniszczone.

4) Zarząd miasta zamierza uruchomić szpital miejski i do prac przygotowawczych już przystąpił. Na pierwsze początki będą potrzebni dwaj lekarze. Wolne mieszkania, stołówka i przydziały żywnościowe zapewnione.

5) Pożądane byłoby przyslanie lekarza dentysty, który może objąć częściowo urządzony gabinet niemiecki.

7) Apteka znajduje się w Bolesławcu w rękach niemieckich. Jest ona urządzona i zaopatrzona w niektóre środki lekarskie (specyfiki).

Poza tym na powiecie jest kilka zniszczonych aptek, z których możnaby zebrać różne specyfiki. Apteka czynna mogłaby być przejęta przez aptekarza polskiego.

8) Do uruchomić mającego się szpitala w Bolesławcu, byłoby również pożądane nadesłanie personelu szpitalnego.

9) Akuszerki dla miasta potrzebne są dwie, a dla powiatu pięć.

10) W związku z wypadkami duru brzusznego potrzebni są również kontroler sanitarny i desynfektor.

Wszystkie osoby które przesiedlają się na tut. powiat mają zapewnione mieszkania i przydziały żywnościowe.

Czynna jest również stołówka, która wydaje śniadania, obiady i kolacje po cenie własnego kosztu.

Ciastoń Franciszek — Kierownik Pracy i Op. Społ.

Pełnomocnik Rządu R. P. na Obwód Nr 36 w Bolesławcu

PÓŁWIEKOWA ROCZNICA ŚMIERCI LUDWIKA TEICHMANNA

Prof. dr Witold Ziembicki, wykładający obecnie z ramienia Zakładu Historii medycyny U. J. (Dyr. prof. dr Władysław Szumowski) niektóre działy tego przedmiotu, poświęcił dn. 26 listopada 1945 osobny wykład pamięci zmarłego przed 50 laty (25 listopada 1895) profesora anatomii opisowej, Ludwika Teichmanna, jako uczonego, pedagoga i twórcy budynku przy ul. Kopernika 12 („Theatrum anatomicum"). Wspomnienie to uzupełnił drugim, o następcy Teichmanna, Kazimierzu Kostaneckim, w którym młodzież straciła swego największego Przyjaciela i Opiekuna.

* * *

Dnia 2 XII 1945 odbyło się poświęcenie pokoi noclegowych przy ul. Kopernika 32. Pokoje są przeznaczone dla osób pozamiejscowych przybywających do Szpitala św. Łazarza w Krakowie. Często się zdarzało, że ten czy ów chory z daleka przyjechał, by szukać pomocy w Szpitalu św. Łazarza, tymczasem nie znalazł w nim miejsca dla siebie z powodu przepełnienia. Taki chory tułał się po Krakowie szukając na przeciąg kilku dni dachu nad głową, nim się nie opróżni dla niego łóżko w Szpitalu. Otóż, aby ulżyć doli właśnie tym chorym, sekcja szpitalna „Caritas" urządziła pokoje noclegowe tuż naprzeciw głównego wejścia do Szpitala. Na cześć pomysłodawczyni pokoje noclegowe noszą nazwę „Anny Starzewskiej". Urządzone pokoje noclegowe staraniem „Caritas" są wielkim dobrodziejstwem dla chorych, a lekarzom pełniącym obowiązki w Izbie Przyjęć ułatwiają dotychczasowe trudne i przykre stanowisko.

UZDROWISKA ŚLĄSKIE

Komisja dla ustalenia śląskich nazw miejscowych Polskiej Akademii Umiejętności i Instytutu Śląskiego ustaliła następujące nazwy uzdrowisk śląskich: Flinsberg: Świeradów-Zdrój; Charlottenbrunn: Jedlina-Zdrój; Salzbrunn; Solniki-Zdrój; Schwarzbach: Czerniawa-Zdrój; Hermsdorf: Jerzmanów-Zdrój; Görbersdorf: Sokołów Śląski; Ziegenhals: Kozielsk; Langenau: Długopole-Zdrój; Kudowa: Chudobice-Zdrój; Altheide: Puszczyków; Reinerz: Duszniki; Warmbrunn: Cieplice Śląskie; Landeck: Lądek; Dirsdorf: Przerzeczyn-Zdrój; Wölfelsgrund: Wilczysko i Reichenstein (niewyzyskiwane jeszcze zdroje arsenowe): Srebrniki.

* * *

Świeżo ukończony w Krakowie kurs medycyny uzdrowiskowej liczył 107 uczestników.

* * *

Polski Czerwony Krzyż Okręg Krakowski zorganizował Sanatorium w Szczawnicy w willi „Pod Modrzewiami" tel. nr 9. Otwarcie 15 grudnia. Przyjmuje podopiecznych P. C. K. jak również prywatnych pacjentów a także osoby, na wypoczynek. Wskazania lekarskie jak dla Szczawnicy, z wyłączeniem gruźlicy prątkującej. Dyrektor i ordynator dr Artur Karol Werner.

* * *

GWIAZDKA DLA CHORYCH W PAŃSTWOWYM SZPITALU ŚW. ŁAZARZA WKRAKOWIE

Z inicjatywy Dyrekcji Państwowego Szpitala św. Łazarza a za materialnym poparciem Polskiego Czerwonego Krzyża urządzona została w dniu 24 grudnia b. r. na terenie tegoż szpitala gwiazdka dla chorych. Uroczystość powyższa odbyła się w sali wykładowej Oddziału Wewnetrznego I A w której zebrali się z poszczególnych Oddziałów szpitalnych przedstawiciele chorych, pielęgniarek i lekarzy. W miłych słowych powitał przybyłych gości w osobach Pełnomocnika Zarządu Głównego P. C. K. Prezesa Zygmunta Klemensiewicza, Dyrektora Uhmy i Przedstawiciela Prasy, Dyrektor Państw. Szpit. św. Łazarza dr J. Bellert, wyrażając Polskiemu Czerwonemu Krzyżowi wdzięczność i podziękowanie za przyjście z pomocą oraz umilenie chorym tak drogich polskiemu sercu Świąt Bożego Narodzenia. Po krótkich słowach odpowiedzi Prezesa Klemensiewicza, słowa podziękowania wyrazili przedstawiciele chorych między nimi 4-letnia pacjentka z Oddziału Dziecięcego. Ta ostatnia swoim „przemówieniem" i produkcjami tanecznymi niemało przyczyniła się do podniesienia i tak już miłego nastroju. Z kolei przystąpiono do rozdawania skromnych podarków. Cała uroczystość jako pierwsza po latach niewoli pozostawiła na uczestnikach bardzo miłe wrażenie.

* * *

Szkolenie inwalidów wojennych. Państwowy Zakład Szkolny dla Inwalidów Wojennych w Poznaniu (ul. Piotra Wawrzyniaka 45) prowadzi przeszkolenie inwalidów wojennych w rzemiosłach, zapewniając przyjętym całodzienne utrzymanie mieszkanie w internacie i opiekę lekarską. Nauka rzemiosła trwa 2 lata.

* * *

Instytut Dziecka. Z inicjatywy Mtwa Zdrowia powołano specjalną komisję, która zajmie się organizacją Instytutu Dziecka z siedzibą w Warszawie. Instytutu ma objąć całokształt zagadnień dotyczących dzieci chorych i zdrowych, ma prowadzić badania naukowe nad rozwojem psychicznym i fizycznym dziecka, opracowywać metody leczenia i zapobiegania. Ma ponadto ułatwiać lekarzom specjalizację w pediatrii i szkolić pielęgniarki, a także prowadzić szereg wzorowych komórek, jak szpitale dla dzieci, poradnie, prewentoria, żłóbki, przedszkola itp. Przewidzinae jest zorganizowanie szpitala na 400 łóżek dla niemowląt i dzieci starszych, z działami: niemowlęcym, gruźliczym, zabiegowym, chirurgicznym, laryngologicznym, neuropsychiatrycznym i doraźnej pomocy. Ponadto przewidziane są poradnie w zakresie wszystkich działów lecznictwa stacje zabiegowe, szczepienia, stacje zbiórcze dla pokarmu kobiecego, poradnie dla kobiet ciężarnych i karmiących, poradnie w dziedzinie psychotechniki i dziedziczności.

Instytut Dziecka współpracować ma stale z Mtwem Zdrowia i placówkami uniwersyteckimi. Całość ma być ukończona w ciągu 3 lat.

* * *

Pomoc Szwecji. Wg wywiadu prasowego udzielonego przez radcę poselstwa szwedzkiego p. Brynolfa Enga, Szwedzki Państwowy Komitet Pomocy Międzynarodowej (prezes-przew. sądu najw. Ekeberg) przygotował pomoc dla Polski jeszcze przed zakończeniem działań wojennych. Po usunięciu Niemców z Polski, Komitet rozpoczął dostawy urządzeń szpitalnych, leków, narzędzi lekarskich, pomocy naukowych i budowe nowych zakładów. W okolicy Gdańska uruchomiony został duży szpital na 400 łóżek z wyposażeniem. Instytuty dla anatomii, histologii, biologii, biochemii, biologii zaopatrzone zostały w potrzebne instrumenty i środki pomocnicze. W związku z uruchomieniem szpitala w Gdańsku możliwe stało się utworzenie studium lekarskiego. Szwedzcy naukowcy ofiarowali swą pomoc. Komitet zgłosił gotowość drukowania w Szwecji podręczników naukowych, które przeznaczone będą jako dar dla studentów. Koszt tej pomocy obliczony jest na ok. 600,000 kr. W Warszawie ma być urządzona klinika dla chorych na gruźlicę. Dostarczone zostanie wyposażenie na 2000 łóżek, dla szpitala Dzieciątka Jezus. Bydgoszcz i Katowice otrzymały po jednym urządzeniu szpitalnym. Dalsze transporty z wyposażeniem szpitali mają nadejść. Na budowę sanatorium dla dzieci w Otwocku Komitet przeznaczył 3,321.000 kr. Budynek zostanie wyremontowany, a w nowobudowanym domu urządzony zostanie szpital na 300 łóżek. W domkach fińskich mieścić się będzie klinika dziecięca na 70 łóżek, oddział dla zagrożonych gruźlicą na 100 miejsc, kwarantanna na 24 miejsc oraz szkoła dla pielęgniarek i dom dla personelu. Sanatorium stać będzie pod kierownictwem szwedzkiego lekarza. Leki i pokarmy dietetyczne dostarczane będą ze Szwecji, a między nimi sanatorium otrzyma 200 ton mleka w proszku, konserwy i większą partię leków.

Komitet zaopatruje w kompletne urządzenia kliniki różnych specjalności (chirurgii, laryngologii, ginekologii, chirurgii okulistycznej, urologii, chirurgii ortopedycznej, stomatologii. Sprowadzono większą ilość aparatów rentgenowskich na sumę ok. 3 mil. kr. Wartość dotychczasowej pomocy wyraża się sumą kilkunastu milionów koron szw.

* * *

Pomoc Szwajcarii dla polskiej Służby Zdrowia. Minister Zdrowia, dr Fr. Litwin, oraz podsekretarz stanu, dr J. Morzycki w obecności naczelnika wydziału propagandy dra St. Jagielskiego przyjęli w dniu 31 12 45 r. ministra pełnomocnego Szwajcarii p. Anton Roy Gauz'a w towarzystwie p. Semadeniego oraz delegata szwajcarskiej organizacji charytatywnej Don Suisse p. Corbusier'a.

Rozmowy toczyły się na temat zamierzonej akcji pomocy Szwajcarii dla polskiej Służby Zdrowia. Obecność stalego delegata Szwajcarii wprowadza obecnie tę akcję na realne tory. Goście zapoznali się z potrzebami zdrowotnymi Polski i obiecali jak najdalej idące poparcie i pomoc dla polskiego sanitariatu.

* * *

Szwajcarskie organizacje pomocy dla Polski. W Szwajcarji działają następujące organizacje pomocy dla Polski:

„Aide Suisse à la Pologne" z siedzibą w Bernie (dyrektor Schmid-Respinger).

„Comité Suisse d'Aide Médicale à la Pologne" z siedzibą w Genewie, 4 rue Gourgas (prezes prof. dr Teodor Reh).

„Conseil Suisse Polonais des Sciences Médicales" z siedzibą w Genewie 7 rue d'Arves, na czele z prof. drem Mieczysławem Minkowskim i drem Edwardem Dorianem Rajchmanem jako sekretarzem generalnym.

Z misją szwajcarską, która ostatnio przybyła do Polski nadeszło około 30 ton leków, instrumentów lekarskich, sprzętu i narzędzi oraz odzieży. Na czele misji stał dr Piotr Jomini, a w jej skład wchodzili: Ernst Contaluppi, André Troesch, Giorgio Devecchi, dr Edward Rajchman, dr Jurkiewicz (jako stały delegat P. C. K. przy Lidze Międzynar. Czerwonych Krzyży w Genewie) oraz dr Marian Janiak.

* * *

Przychodnia dla leczenia raka skóry. Przy Klinice dermatologicznej Uniwerstytetu warszawskiego, Koszykowa 82 a uruchomiona zostaje z nowym rokiem przychodnia dla leczenia raka skóry pod kierownictwem prof. Grzybowskiego. Przyjęcia chorych odbywać się będą codziennie w godz. 9—11 (Wg. K. C.).

* * *

Falsyfikaty penicyliny. W prasie krakowskiej (Dz. Pol. z 29 XII 45) pojawiło się nast. ostrzeżenie:

Równocześnie niemal z transportami penicyliny jakie niedawno nadeszły do PCK i zostały rozdzielone do szpitali i poszczególnym lekarzom — pojawiły się falsyfikaty. Do flaszeczek, opróżnionych z prawdziwego lekarstwa, fałszerze wsypują falsyfikat i ten kursuje, później w tzw. „czarnym handlu". Aby zapobiec falszerstwom tego rodzaju, lekarze i szpitale winni opróżnione z penicyliny flaszeczki zwracać do PCK, względnie, gdyby to było szczególnie uciążliwe, flaszeczki te niszczyć.

AKADEMIA STOMATOLOGICZNA W WARSZAWIE

Akcja Ministerstwa Zdrowia o uruchomienie Akademii Stomatologicznej w stolicy jest obecnie w toku. Wedle porozumienia i uzgodnień z Ministerstwem Oświaty i Radą Profesorów Akademii Stomatologicznej, najprawdopodobniej studenci 4-go roku, którzy pracowali czynnie w czasie okupacji

w zawodzie lekarsko-dentystycznym, będą mogli składać egzaminy dyplomowe po krótkim okresie dokształcania, zaś młodsze roczniki będą dalej kontynuować studia.

* * *

Państw. Liceum Techniki Dentystycznej. Otwiera się w Warszawie dla kształcenia techników dentystycznych. Statut i program nauczania Liceum uzgodnione zostały pomiędzy prezesem Nacz. Izby Lekarsko-Dentystycznej, przedstawicielem Głównego Zarządu Związku Zaw. Techników Dentystycznych i przedstawicielem Departamentu Służby Zdrowia Mtwa Obrony Narodowej.

Mtwo Zdrowia ujmie specjalnymi zarządzeniami sprawę uprawnień już praktykujących techników dentystycznych, a to m. i. na drodze składania egzaminów.

* * *

Drogiści zrzeszeni w Związku Zaw. Drogistów R. P. domagają się osobnej ustawy drogistowskiej wyłączającej ich z zawodu aptekarskiego, ustalenia poziomu wykształcenia licealnego dla drogistów, przydzielenia do Izby Zdrowia (? nie istniejącej — przyp. Red.) lub powołania osobnych Izb Drogistowskich oraz utworzenia osobnego Inspektoratu w Mtwie Zdrowia i w Województwach.

W Polsce znajduje się obecnie podobno około 3000 składów aptecznych, które zatrudniają około 12.000 pracowników. Zawód drogistowski do dnia dzisiejszego rządzony jest na pod stawie ustawy wydanej w r. 1844 przez Radę Admin. Król. Pol., a na ziemiach zachodnich na podstawie ustaw niemieckich.

Delegacja Związku Drogistów interweniowała w powyższej sprawie u wicemin. Zdrowia dr Morzyckiego.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

CZASOPISMA:

NOWINY LEKARSKIE, zesz. 1 z 1 I 1946. Treść: prof. dr St Różycki: Organizacja studiów lekarskich (projekt poznański). — Michałowski Roman: Rzadka postać rozszerzeń naczyń włosowatych skóry. — Dr Neyman Kaz.: Endemia duru plamistego w województwie poznańskim wiosną 1945 roku. — Dr Drews Roman: Kamica przewodu żółciowego wspólnego *(choledocholithiasis)*. — Dział informacyjny.

* * *

MEDYCYNA SPOŁECZNA I KLINICZNA, nr 2. grudzień 1945. Treść: Grzegorzewski Edward: Istota higieny społecznej (dok.). — Dr Radajewski M.: O warunkach higieniczno-sanitarnych na robotach publicznych (dok.). — Dr Markuszewicz R.: Podstawy pojęciowe popędu zachowawczego. — Dr Skibiński J.: W sprawie zwalczania jaglicy. — Doc. dr Ber A.: Przypadek ***haematotrachelometra et haematosalpinx unilateralis uteri bicornis cum cervice septa et atresia cervicis lateralis*** w świetle istniejących poglądów. — Dr Doerffer H.: Spostrzeżenia nad epidemią wietrznej ospy wśród niemowląt do lat 2-ch. — Goldschmied A.: Z dziedziny zagadnień patogenezy i leczenia cukrzycy. — Krzymień H.: Miano komplementu w surowicy chorych i w płynach patologcznych. — Dr Murczyński Cz.: 50 lat rentgenologii klinicznej. — Dr Peter J.: O śluzaku rzekomym otrzewny pochodzenia wyrostkowego w świetle własnych spostrzeżeń. — Wspomnienie o śp. prof. Kostaneckim. — Posiedzenia Lubel. Twa Lekarskiego. — Zjazd lekarzy powiatowych woj. lubelskiego. — Działalność Izby Lekarskiej lubelskiej w pierwszym roku po uwolnieniu od okupacji niemieckiej. — Komunikaty Zarządu Kasy Samop. Koleż.

Blaski i cienie służby zdrowia. Pod tym tytułem pojawił się w Nrze 12 „Rzeczypospolitej" z 12 I 46 artykuł na temat państwowej służby zdrowia i stanu zdrowotnego ludności.

„W chwili, gdy rozpoczęły swą pracę pierwsze komórki państw. sł. zdrowia, stan zdrowotny ludności wyglądał bardzo ponuro. Około 30% zbadanej młodzieży akademickiej dotknięte było czynną gruźlicą. Śmiertelność niemowląt na niektórych terenach Rzpltej dochodziła do 40% urodzeń"...

„...Dziś funkcjonuje 14 wojewódzkich wydziałów zdrowia i dwa wydziały w miastach wydzielonych. Na 360 powiatów zorganizowano służbę zdrowia w 280, z tego 90 na ziemiach odzyskanych. Na zachód skierowano 450 lekarzy wraz z personelem pomocniczym. Akcję tę poparto subwencjami na koszty przesiedlenia w wysokości 600,000 zł". ...Autor uważa tę sumę za niezrozumiale wysoką, gdyż lekarz osiedlający się na Mazurach otrzymuje jednorazowego zasiłku 10,000 zł, a wyjeżdżający na zachód 4000 zł. Ilość lekarzy na ziemiach odzyskanych jest nadal niewystarczająca, a administracja miejscowa nie czyni specjalnych wysiłków, aby zachęcić lekarzy z Polski centralnej do osiedlenia się na zachodzie. Np. Olsztyn po dziś dzień nie ma lekarzy chorób skórnych i wenerycznych. Gdy jeden ze znanych specjalistów warszawskich zwrócił się w tej sprawie wprost do odpowiednich władz w Olsztynie, odpowiedziano mu, że istotnie Olsztyn potrzebuje tego rodzaju specjalisty, ale że ...z powodu braku mieszkań (?) nie może doktorowi zapewnić żadnego pomieszczenia. W takim wypadku nic nie pomogą zasiłki Mtwa Zdrowia i Olsztyn długo będzie czekał na potrzebnego mu lekarza". (Chyba że któryś z matadorów zarządu miejskiego sam zachoruje na chorobę z brakującej specjalności — przyp. Red.).

„W walce z chor. zakaźnymi czynnych było 320 kolumn epidemicznych, 1000 lekarzy obwodowych, 1600 dezynfektorów pod kierunkiem 16 wojewódzkich komisarzy do walki z epidemiami. Do ich dyspozycji oddano 25,000 łóżek na oddziałach zakaźnych, 600 komór dezynfekcyjnych i 500 kąpielisk.

Dokonano 2 miliony szczepień przeciwko durowi brzusznemu, 200,000 przeciw ospie i kilkadziesiąt tysięcy przeciw durowi plamistemu. Od 1 lipca do końca 1945 r. wydano na walkę z epidemiami 120,000.000 zł.

Państw. Zakład Higieny wraz ze swymi 11 filiami dokonał ok. 400,000 badań bakteriologicznych żywności i wody. Liczba przypadków tyfusu plamistego z 800 w maju 1945 — spadła obecnie do 160 tygodniowo.

Szpitalnictwo rozporządza w tej chwili ilością 84,000 łóżek, co daje średnio 38 łóżek na 10,000 mieszkańców (przed wojną tylko 22). W tym miejscu przypomnieć należy fakt zamknięcia 2 szpitali w Rogoźnie i Wrześni z powodu braku opału (!) Oby takie wypadki więcej się nie powtarzały.

Dzięki pomocy UNRRA, Szwajcarii, Anglii i USA w ostatnich miesiącach polskie szpitale otrzymały 16,000 łóżek, 12,000 materacy, 26,000 koców, 200,000 metrów gazy, 50,000 kg waty i ok. 1 miliona kg leków.

W zakresie opieki nad matką i dzieckiem uruchomiono ok. 400 stacji opieki. Tu nasuwa się uwaga na temat braku koordynacji tej opieki. Sprawami opieki nad dzieckiem zajmuje się aż kilka ministerstw (Zdrowia, Oświaty, Opieki Społecznej, a nawet ...Ministerstwo Przemysłu!). Jednocześnie jesteśmy świadkami niewykorzytsania sanatoriów dziecięcych. (Przeciwgruźlicze sanatorium dziecięce z 300 łóżkami w Kamieniogórze posiada personel, ale nie posiada wcale pacjentów!)".

(Przyp. Red.: Mtwo Zdrowia powstało m. i. dla scalenia agend zdrowia publicznego i wprowadzenia jednolitej polityki zdrowotnej w kraju. Tymczasem widzimy dalsze rozkojarzenie tych agend ...Co na to Mtwo Zdrowia?)

Do walki z gruźlicą stoi do dyspozycji 6000 łóżek na oddziałach gruźliczych i 330 poradni przeciwgruźliczych. Na akcję tę wydatkowano 80 mil. złotych. W tym miejscu zapytać się należy, dlaczego miejskie sanatorium gruźlicze w Otwocku nadal użytkowane jest wbrew jego przeznaczeniu, dlaczego sanatoria Dolnego Śląska, położone na zboczach Sudetów, świecą pustką? Czyżby w Polsce zabrakło już chorych na gruźlicę?

W dziedzinie przemysłu farmaceutycznego zaspakajamy dziś dopiero 30% swego zapotrzebowania. Czynne są 62 wytwórnie farmaceutyczne, 52 hurtownie i 1700 aptek.

Ogółem wydatkowano dotychczas na cele państwowej służby zdrowia pokaźną sumę 570 milionów złotych.

Na zakończenie — parę uwag. Z dniem 1 stycznia zaczęła obowiązywać ustawa o ślubach cywilnych, przewidująca przymus porad przedślubnych. Jak dotychczas nie słyszeliśmy o jakichkolwiek poczynaniach ministerstwa w tym kierunku. Kurs poradnictwa przedślubnego (zaproponowany zresztą przez jedno z towarzystw naukowo-lekarskich) ma odbyć się „podobno" dopiero w marcu, w dwa miesiące po wejściu w życie ustawy o przymusie świadectw. Trochę zbyt późno.

Uwaga druga: ludność odczuwa brak lekarzy w terenie, zwłaszcza na prowincji. Nie wiemy, jaka ilość doktorów medycyny zatrudniona jest w biurach Ministerstwa Zdrowia. Wydaje się, że liczba dość pokaźna. Spełniają oni często-gęsto funkcje które możnaby z doskonałym skutkiem powierzyć fachowcom — nie lekarzom, a lekarzy — zwłaszcza tych młodszych — zatrud-

nić w szpitalach czy Ośrodkach Zdrowia. Na siedzenie przy biurkach będą mieli czas w późniejszych latach.

Uwagi powyższe nie umniejszają w niczym osiągnięć Ministerstwa Zdrowia. Warto jednak, zwłaszcza w dzisiejszych warunkach, starać się o stuprocentowe wykorzystanie fachowego materiału ludzkiego tam właśnie, gdzie jest on nie do zastąpienia.

* * *

Wiadomości osobiste.

Gen. bryg. dr Bolesław Szarecki, b. nacz. chirurg i szef szpitalnictwa II Korpusu Armii Andersa we Włoszech, mianowany został Szefem Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej.

Ubezpieczalnia Społeczna w Krakowie ogłasza

KONKURS

na następujące stanowiska:
lekarzy domowych w Borku Fałęckim, Bronowicach Wielkich, Łagiewnikach, Ludwinowie, Prądniku Czerwonym, Rakowicach, Woli Duchackiej i innych przedmieściach miasta Krakowa,
lekarzy domowych w Wieliczce, Skawinie, Liszkach i Czernichowie,
lekarzy domowych dentystów w Bronowicach Małych, Miechowie i w Krakowie mieście dla dzielnicy Podgórze,
lekarzy specjalistów chorób dzieci w Bronowicach Małych, w Wieliczce, Miechowie i Olkuszu,
lekarza specjalistę chirurga w Krakowie, (dla ambul. w Podgórzu),
lekarza specjalistę okulistę w Krakowie,
„ „ rentgenologa w Krakowie,
„ „ bakteriologa w Krakowie,
„ „ neurologa w Krakowie,
lekarza specjalistę fizykalnego leczenia w Krakowie,
„ „ dermatologa w Krakowie,
„ „ położnika w Krakowie,
„ „ internistę dla stacji reumatycznej w Krakowie,
lekarza specjalistę internistę dla stacji badania narządu krążenia w Krakowie,
lekarza specjalistę ftizjologa w Krakowie.

Kandydaci na stanowisko lekarzy Ubezpieczalni winni posiadać kwalifikacje odpowiadające normom, ustalonym przez Naczelną Izbę Lekarską i Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Warunki pracy i płacy regulowane są miejscowymi umowami zbiorowymi zawartymi między Ubezpieczalnią Społeczną w Krakowie a Związkiem Lekarzy Kas Chorych „Koło Kraków" z 21 czerwca 1939 r. i 18 sierpnia 1939 r. i zarządzeniami Władz nadzorczych zawartymi w okólnikach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z 18 kwietnia 1945 r. i 12 września 1945 r.

Podania wraz z odpisem dyplomu lekarskiego, dowodem odbycia obowiązkowej praktyki szpitalnej i własnoręcznie napisanym życiorysem należy nadesłać do Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie ul. Batorego 3 do dnia 15 lutego 1946 r.

Kraków, dnia 26 listopada 1945 r.

p. o. Lekarza Naczelnego
dr Marian Ciećkiewicz

p. o. Dyrektora
dr Karol Kropatsch

NA WZNOWIENIE „PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO" ZŁOŻYLI:

Lekarze powiatu gorlickiego (patrz nr poprzedni) zł 1000, a w szczególności: dr Rybski Jan zł 300, dr Michalski Aleksander zł 200, dr Walęga Karol, dr Soczyński Roman, dr Samujło Antoni, dr Trześniowski E. i dr Radzik Marian po zł 100.

300 zł

Dr Mularek Ignacy — ze Spółdz. Zdrowia w Markowej, Dr Sowiakowski Jeremiasz — dyr. szpit. w Puławach.

200 zł

Dr Jarczyk Konrad z Katowic. — Dr Lichowski Tadeusz z Sędziszowa.

Dr Tarnawski Longin — gm. Dźbów, Dr Womperski Władysław — ze Starachowic.

100 zł

Dr Gajdziński Stefan z Radomia.

Dr Radecki Ładysław z Dąbrowy Górniczej.

Dr Golonka Jerzy — z Bielska, Dr Wojtaszek Roman — z Wieliczki, Dr Zieja Tadeusz — z Niepołomic, Dr Figna Jerzy — z Krakowa, Mgr Słupik Ryszard („Istrochemia") — z Cieszyna, Dr Letza Fr. — z Olsztyna, Dr Talikowski Jan — z Częstochowy, Dr Jasiński Jan — z Przyrowa, Dr Perłowski Włodzimierz — z Kamienicy Polskiej, Dr Nożyńska Janina — z Olsztyna, Dr Wójcik Franciszek — z Kłobucka, — Dr. Więckowska Janina z Mstowa, gm. Wancerzow, — Dr Spiss Maria z Krakowa, Dr Mikucki Konrad, — z Krakowa.

Prenumeratę należy uiszczać z góry

Kraków 1945 — Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem K. Kiecia. — M-03174